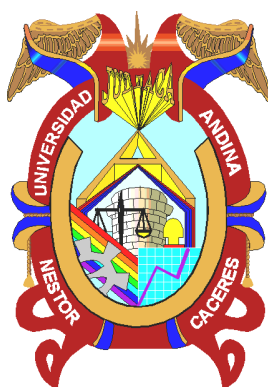




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE
CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO
VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. JHON WILLIAMS GONZALES TICONA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

JULIACA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE
CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO
VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024


TESIS PRESENTADA POR:

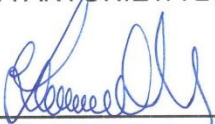
Bach: JHON WILLIAMS GONZALES TICONA

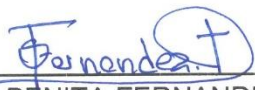
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA


ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

APROBADO POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE : 
M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dra. SONÍA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TESIS : 
Dra. MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PUBLICA – P10



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°1496-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de noviembre del 2024

VISTOS:

El Expediente N° 2024-CU-5491 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA** del (la) (bachiller) **GONZALES TICONA JHON WILLIAMS** que habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **Presidente** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **1er. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : LUNES 25 DE NOVIEMBRE DEL 2024
HORA : 14:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2024(1)





UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 207-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 04 de abril del 2024

VISTOS:

El Informe N° 017-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la propuesta de Investigación de fecha 26 de marzo de la E. P. Tecnología Médica, folio 000006;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a): **GONZALES TICONA JHON WILLIAMS** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 065-2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) : **GONZALES TICONA JHON WILLIAMS**, para optar el Título Profesional del **LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA** titulado: **FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024**

La Propuesta de Investigación deberá ejecutarse de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A)** de la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
Facultad de Ciencias de la Salud
DECANA
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

Distribución: Decanato, EP: Tecnología Médica, St



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N°1317 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 14 de octubre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 079-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 10 de octubre del egresado (a) **GONZALES TICONA JHON WILLIAMS** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024** conducente para optar el título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA**

CONSIDERANDO

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- 2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

- * **Asesor (a)** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **GONZALES TICONA JHON WILLIAMS** ; para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA** Con la Tesis Titulado: **FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud , quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: Tecnología Médica secretaria Académica, Archivo.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°1208-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 18 de setiembre del 2024

VISTOS: Exp. 2024-CU-11286 presentada por el(la) egresado(a) GONZALES TICONA JHON WILLIAMS quien ha solicitado cambio del segundo miembro de la propuesta de Investigación conducente para optar el título profesional de: LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

CONSIDERANDO: Que, según el oficio de la UI N° 393 -2024-D-FCS-UANCV, se solicita el cambio jurado de la propuesta de Investigación: FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024 teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
- * **1er. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * **2do. Miembro** : Dr. FREDY CATAORA YUCRA
- *
- * **Asesor** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el Oficio N°392-2024-UI-FCS-UANCV-J solicitando la emisión de la resolución de cambio del segundo miembro por motivos que no cuenta con vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DEL SEGUNDO MIEMBRO designados a él (la) egresado (a) GONZALES TICONA JHON WILLIAMS quien para la revisión del borrador de tesis titulado: FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024 para optar al Título Profesional de: LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **1er. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPA
- *
- * **Asesor** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de la propuesta de investigación, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP, Obstetricia
UI, Interesados, Arch.
EVO/



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
[Firma]
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
U.P. JULIACA



FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	13%
---	--	-----

2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2%
---	--	----

3	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
---	--	----

4	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
---	---------------------------------------	----

5	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	1%
---	--------------------------------------	----

6	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
---	--	----

7	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1%
---	---	-----

8	tesis.ucsm.edu.pe	
---	-------------------	--



Metadatos Complementarios



Título de la tesis	
FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JHON WILLIAMS GONZALES TICONA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	77431412
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-9490-0070
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8164-4833
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	M. Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921

Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PUBLICA – P10
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO País: Perú Departamento: Puno Provincia: Azángaro Distrito: Azángaro Longitud oeste: -14.882487938144694, Latitud sur: -70.58764368910568</p>  <p>Url: https://goo.su/vnQWeGv</p>
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Febrero 2024 – Abril 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p> <p>Medicina general, Medicina interna https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27</p>


 UNIVERSIDAD ALTIPLANO NESTOR GALERES BELAQUEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 Dra. María Amparo del Pilar Chambi Calacora
 DIRECTORA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo **JHON WILLIAMS GONZALES TICONA**, identificado con DNI Nro. 77431412, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
- Programa de Segunda Especialidad,**
- Programa de Maestría o Doctorado**

TECNOLOGÍA MÉDICA

informo que he elaborado el/la **Tesis** o **Trabajo de Investigación**, **Trabajo Académico** denominada:

FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024

Asesorado por: **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 03 de diciembre del 2024


 Firma del Asesor
 (obligatoria)


 Firma del Estudiante
 (obligatoria)


 Huella



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres que con su apoyo puede lograr mi sueño anhelado, que con su amor, ternura y trabajo me permitieron hoy cumplir mi sueño de ser profesional, inculcándome su ejemplo al trabajo y jamás rendirme, porque Dios está conmigo.



AGRADECIMIENTO

Agradecer al personal del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, por el apoyo que me brindaron en la ejecución de mi investigación

Seguidamente, a la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, quien me permitió culminar mis estudios universitarios.



ÍNDICE GENERAL

1. DEDICATORIA.....	iii
2. AGRADECIMIENTO	iv
3. ÍNDICE GENERAL.....	v
4. ÍNDICE DE TABLAS	vii
5. ÍNDICE DE FIGURAS	viii
6. RESUMEN	ix
7. ABSTRACT.....	x
8. INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
Descripción del problema.....	1
Formulación del problema.....	4
Problema general.....	4
Problemas específicos	4
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	4
1.3. OBJETIVOS.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
1.4. HIPÓTESIS.....	6
Hipótesis general.....	6
Hipótesis específicas.....	6
1.5. VARIABLES.....	7
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	8

CAPÍTULO II



MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Marco teórico.	19
2.3. Marco conceptual.....	29

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación.	31
3.2. Tipo de Investigación.	31
3.3. Método aplicado en la investigación	32
3.4. Población y muestra.....	32
3.5. Técnicas e instrumentos.	33
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	33
3.7. Contrastación de hipótesis.....	34
3.8. Validez y confiabilidad.....	35

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
4.2. CONCLUSIONES	59
4.3. RECOMENDACIONES.....	61
4.4. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.	63
ANEXO N° 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.	68
ANEXO N° 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	70
ANEXO N° 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
ANEXO N° 4 INSTRUMENTO CUESTIONARIO.....	72
ANEXO N° 5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.	74
ANEXO N° 6 AUTORIZACIÓN DE RECOJO DE INFORMACIÓN.....	79
ANEXO N° 7 FOTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	81



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Antecedentes familiares relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024.....	49
TABLA 2 Paridad relacionada con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital.....	51
TABLA 3 Edad materna relacionada con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024.....	53
TABLA 4 Líquido amniótico relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital.....	55
TABLA 5 Tonnis relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024.....	57
TABLA 6 Peso al nacer relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024.....	59
TABLA 7 Línea de Shenton relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024...	61
TABLA 8 Signo de Ortolani relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024...	63
TABLA 9 Metáfisis femoral relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024...	65
TABLA 10 Ángulo acetabular relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024..	67
TABLA 11 Displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024.....	69



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.	
FIGURA 1	Antecedentes familiares relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024.....	49
FIGURA 2	Paridad relacionada con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024....	51
FIGURA 3	Edad materna relacionada con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024....	53
FIGURA 4	Líquido amniótico relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital.....	55
FIGURA 5	Tonnis relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024.....	57
FIGURA 6	Peso al nacer relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024.....	59
FIGURA 7	Línea de Shenton relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024.....	61
FIGURA 8	Signo de Ortolani relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024.	63
FIGURA 9	Metáfisis femoral relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024.	65
FIGURA 10	Ángulo acetabular relacionado con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro 2024.....	67
FIGURA 11	Displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024.....	69



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024. **Metodología** Investigación de tipo relacional, transversal y prospectivo usando el enfoque cuantitativo. La población conformada por 46 lactantes que asisten al servicio de diagnóstico por imágenes radiología a relazarse su placa de rayos X en el Hospital de Azángaro. La muestra es igual a la población se les aplico una ficha de recolección de datos compuesto por 11 ítems. Se manejo el estadístico de Chi². **Resultados:** Se estableció que los factores maternos como son: antecedentes familiares 50% (NS=0.016), primiparidad 60.9% (NS=0.047); edad materna menor a 19 años 36.9% (NS=0.033), oligoamnios 26.1% (NS=0.000). Se determino que los factores fetales como son: Tonnis grado I^o 47.8% (NS=0.000); peso normal al nacer 82.6% (NS=0.000); línea de Shenton discontinua 56.6% (NS=0.012); signos de Ortolani positivo 19.1% (NS=0.001); metáfisis femoral asimétrica 45.7% (NS=0.000), ángulo acetabular asimétrico 69.6% (NS=0.000). Se identificó que el tipo de displasia de cadera simple es más frecuente con 47.8%, en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo. **Conclusiones:** Se determinó que los factores maternos y fetales se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024.

Palabras Claves: factores maternos, fetales, displasia de cadera.

**ABSTRACT.**

Objective: Determine the features linked to hip dysplasia in infants treated at the Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Hospital in Azángaro 2024. **Methodology** Correlational, cross-sectional and prospective research using the reckonable slant. The people made up of 46 infants who came to the radiology imaging diagnostic service to have a data collection sheet composed of 11 items. The Chi2 numbers were castoffs. **Results:** It was established that maternal factors such as: family history 50% (NS=0.016), primiparity 60.9% (NS=0.047); maternal age less than 19 years 36.9% (NS=0.033), oligohydramnios 26.1% (NS=0.000). It was reputable that fetal features such as: Tonnis grade I° 47.8% (NS=0.000); normal birth weight 82.6% (NS=0.000); broken Shenton line 56.6% (NS=0.012); positive Ortolani signs 19.1% (NS=0.001); asymmetric femoral metaphysis 45.7% (NS=0.000), asymmetric acetabular angle 69.6% (NS=0.000). It was branded that the simple type of hip dysplasia is more frequent with 47.8% of infants dried at the Carlos Cornejo Rosello Vizcardo. **Conclusions:** It was strongminded that tender and fetal aspects are associated to hip dysplasia in infants treated at the Hospital in Azángaro 2024.

Keywords: maternal, fetal factors, hip dysplasia.



INTRODUCCIÓN

La investigación se denomina "Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024".

La displasia del desarrollo de cadera (DDC) es una afección congénita que afecta a las articulaciones de la cadera y se muestra en aproximadamente uno de cada 1.000 RN. En este trastorno, el acetábulo es poco profundo, lo que provoca que la cabeza femoral (la "bola del hueso del muslo) se desplace de forma parcial o completa fuera de su lugar. La DDC es más habitual en bebés de sexo femenino que son primogénitos y tienen familiares cercanos con antecedentes de esta condición. (1)

La presente investigación está estructurada por los siguientes capítulos:

Capítulo I: Aspectos generales; planteamiento del problema, objetivos, justificación, hipótesis, variables.

Capítulo II: Fundamentación teórica.

Capítulo III: Procedimientos metodológicos, tipo, nivel, método, diseño, población, muestra, técnicas e instrumentos de Recopilación de datos.

Capítulo IV. Resultados e discusión, conclusión y recomendación; finalmente la referencia y los anexos.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Descripción del problema

A nivel internacional

Guerra A.; Valdivieso L. Ecuador 2022. La DDC incluye anomalías que van desde la displasia hasta la luxación de la cabeza femoral. Factores como antecedentes familiares, sexo femenino, posición fetal, embarazo múltiple, oligohidramnios y macrosomía aumentan el riesgo de esta condición. El diagnóstico temprano es clave, ya que la cadera tiene gran capacidad de remodelación en los primeros meses. Las maniobras de Ortolani y Barlow, junto con antecedentes prenatales, indican la necesidad de estudios de imagen. El método de ultrasonido del Dr. Graf, aplicado a partir de la segunda semana, facilita un tratamiento oportuno, reduciendo la necesidad de cirugías y complicaciones en la edad adulta. (2)

A nivel nacional

Carvajal G.; Rodríguez J.; et al Lima 2022. Se recomienda realizar estudios de diagnóstico de DDC con ecografía de cadera hasta los 4



meses, y entre los 4 y 6 meses con radiografías de cadera. Si la ecografía no es viable, se debe optar por radiografías, y el niño debe ser evaluado por un médico para imágenes adicionales y ser derivado a ortopedia pediátrica para iniciar el tratamiento. La detección temprana permite tratar la DDC sin necesidad de cirugía. Un diagnóstico tardío incrementa la morbilidad y las complicaciones tanto a corto como a largo plazo. (3)

A nivel regional

Jara J. Juliaca 2019. Este estudio analizó la relación entre el tratamiento de la DDC y los ángulos iniciales de las caderas. Utilizando ANOVA y la media aritmética, se encontró que, al iniciar el tratamiento con el Arnés, el ángulo promedio de la cadera derecha fue de 30,57 grados y de 31,55 en la izquierda. Con la Férula Frejka y el Arnés Pavlik (Arequipa), los ángulos fueron de 29,18 y 29,15 grados, respectivamente, mostrando diferencias significativas. El Arnés Jara requirió en promedio 4,98 meses para normalizar la cadera, mientras que el Arnés Pavlik y la Férula Frejka tardaron 5,74 meses, demostrando que el Arnés Jara ayuda de manera más efectiva al tratamiento, según el análisis estadístico (P: 0,000). (4)

La DDC se refiere a diferentes variaciones en la forma de la cabeza femoral, el acetábulo (la cavidad en la pelvis) o ambos que podrían conducir un desarrollo patológico que afectan la función de la articulación, que van desde la vida intrauterina hasta el período neonatal. El término "cadera dislocada" se relata a la pérdida de



relación entre la cabeza femoral y la superficie de articulación del acetábulo, ya sea como una dislocación que se puede reducir mediante manipulación o como una dislocación irreducible. Formalmente, se utilizó la dislocación congénita de la cadera, reemplazando la dislocación por displasia, ya que no todas estas caderas se dislocaron al nacer y no todas se convierten en una dislocación. (5)

La incidencia de la DDC es un tema debatido, variando globalmente entre 1 y 34 casos por cada 1.000 RN, con una prevalencia del 1-1,5% en RN vivos. La luxación de cadera al nacer se presenta en 1 a 5 de cada 1.000 niños, mientras que la subluxación y displasia afecta a 10 por cada 1.000. Con el cribado ecológico universal, la incidencia reportada aumenta a entre 25 y 50 por cada 1.000. (6)

El debate sobre el mejor método de diagnóstico para la displasia de cadera persistente, ya que ni el examen, la ecografía ni la radiografía son considerados el estándar definitivo. Se sugiere que la combinación de examen clínico e imágenes es lo más efectiva, debido a la subjetividad en el examen físico y la falta de precisión en los parámetros radiológicos. Las maniobras de Ortolani y Barlow pierden sensibilidad después del periodo neonatal, por lo que el diagnóstico clínico solo es difícil. Sin embargo, se recomienda realizar un examen de cadera a todos los RN, ya que reduce el riesgo de enfermedad degenerativa. (7)



Formulación del problema

Problema general.

PG. ¿Cuáles son los factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024?

Problemas específicos

PE₁ ¿Cuáles son los factores maternos relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?

PE₂ ¿Cuáles son los factores fetales relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?

PE₃ ¿Cuál es el tipo de displasia de cadera más frecuente en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Justificación teórica

La DDC es el trastorno ortopédico en recién nacidos y una causa frecuente de discapacidad en la infancia. Incluye alteraciones del acetábulo y del fémur proximal, como subluxación, luxación y displasia. Es más habitual en niñas y suele afectar principalmente la cadera izquierda. La DDC puede generar cambios anatómicos que aumentan el riesgo de coxartrosis precoz. (8)



Justificación práctica

Existen amplios estudios sobre la DDC a nivel mundial, pero en nuestro país, a nivel regional, se han realizado pocos estudios sobre la prevalencia de esta patología y no existe una guía nacional sobre el esquema de tamizaje, tratamiento y diagnóstico que se adapte a nuestra realidad.

Justificación metodológica

Los diagnósticos de displasia de cadera van en aumento, también puede causar morbilidad si no se diagnostica a tiempo, incrementa el riesgo de complicación y los costes de la atención y reduce la calidad de vida. Esperamos, por tanto, que este trabajo contribuya no sólo a mejorar y enriquecer el manejo de esta patología y de esta enfermedad sino también a reducir las complicaciones a largo plazo de los pacientes en futuros trabajos de investigación.

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general

OG. Determinar los factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024

Objetivos específicos

OE₁ Establecer los factores maternos relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.



OE₂ Especificar los factores fetales relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

OE₃ Identificar el tipo de displasia de cadera más frecuente en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

1.4. HIPÓTESIS.

Hipótesis general.

HG. Los factores maternos y fetales se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024

Hipótesis específicas.

HE₁ Los factores maternos como son: antecedentes familiares, paridad, edad materna, líquido amniótico, se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

HE₂ Los factores fetales como son: Tonnis; peso al nacer; línea de Shenton; signos de Ortolani; metáfisis femoral, ángulo acetabular se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro

HE₃ El tipo de displasia de cadera simple es más frecuente en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.



1.5. VARIABLES.

Variable 1. Factores

Variable 2. Displasia de cadera



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escalas de Valoración
V1. Factores	1.1. Maternos	1.1.1 Antecedentes familiares	a) Con antecedentes b) Sin antecedentes
		1.1.2 Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara
		1.1.3 Edad materna	a) Menor de 19 años b) 19 a 35 años c) Mayor de 35 años
		1.1.4 Líquido amniótico	a) Oligoamnios b) Polihidramnios c) ILA Normal
	1.2. Fetales	1.2.1. Tonnis	a) Grado I b) Grado II c) Grado III d) Grado IV
		1.2.2. Peso al nacer	a) Bajo peso al nacer b) Peso normal c) Macrosómico
		1.2.3. Línea de Shenton	a) Continua b) Discontinua
		1.2.4. Signo de Ortolani	a) Positivo b) Negativo
		1.2.5. Metáfisis femoral	a) Simetría b) Asimetría
		1.2.6. Ángulo acetabular	a) Simetría b) Asimetría
V2 Displasia de cadera	1.3. Clasificación de displasia de cadera		a) Grado I Simple b) Grado II Subluxación c) Grado III Luxación

Nota: Propia



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

A nivel internacional.

Desde el punto de vista de **Roberto D.** En su publicación denominada **“Displasia del desarrollo de la cadera: tamizaje en el lactante” Chile 2021**. El término “displasia” se aplica a la subluxación que afecta a una o ambas estructuras femorales y acetabulares. Representa las patologías ortopédicas más prevalente en recién nacidos y lactantes y causa gran preocupación y ansiedad entre los padres cuando acuden al pediatra para el primer control del niño sano. La DDC requiere un diagnóstico temprano y preciso para garantizar un tratamiento efectivo que logre una cadera normal, tanto clínica como radiológicamente, al final del desarrollo esquelético. Para ello, es esencial entender la patología y buscarla de manera activa. Sin embargo, existen numerosas controversias sobre los métodos más adecuados para detectar esta condición. En Chile, se lleva a cabo un tamizaje universal mediante radiografías simples de pelvis en todos los menores a los 3 meses. Con esto en mente, esta revisión busca actualizar a los profesionales involucrados en la atención primaria, pediatras y



ortopedistas, sobre las particularidades y signos de la DDC. El objetivo es facilitar las herramientas necesarias para un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno de esta patología. (9)

Como dice **Castro A.** En su estudio denominado **“Apego a los criterios de referencia en niños con DDC a ortopedia pediátrica del HGZN” México 2020.** Material y métodos. Es un estudio observacional y descriptivo. Poblaciones pacientes pediátricos de 0 a 59 meses, con expedientes clínicos completos. Se excluyeron aquellos que fueron trasladados a otras unidades, nacidos en otros hospitales, diagnosticados fuera del periodo de estudio o con trastornos musculoesqueléticos congénitos. El muestreo fue no probabilístico. Resultados: De 61 registros, 45 cumplieron los criterios. El 64.4% eran niñas y el 62.2% tenían menos de 7 meses en el momento de la consulta ortopédica. La presentación cefálica al nacer fue la más usual (80%) y el antecedente familiar de displasia estuvo ausente en el 84.4%. El 93.3% de los RN pesaron menos de 4 kg, y el 68.9% presentó envolvimiento. La remisión temprana antes de los 3 meses ocurrió en el 40% y el signo de Ortolani fue positivo en el 51.1%, aunque con estudios de imagen en el 48.9%. Conclusión: Los signos clínicos se asociaron significativa con la remisión temprana ($p < 0.05$). (10)

Teniendo en cuenta a **Méndez M.** En su artículo titulado **“Diagnóstico oportuno de la displasia de cadera.” México 2022.** Cuando la articulación entre ambos huesos se ve afectada, pueden surgir problemas que van desde subluxaciones hasta luxaciones totales. Las



deformidades pueden variar, desde una ligera desalineación que causa desgaste prematuro, hasta situaciones graves en las que la cabeza femoral se halla completamente fuera del acetábulo. Esto puede provocar complicaciones como escoliosis, reducción de la longitud de la extremidad, atrofia de rodilla y cadera contralateral, además de causar dolor y dejar la articulación paralizada e inservible. Estas alteraciones convierten a la persona en alguien discapacitado, generando una carga social y económica tanto para la familia como para la sociedad. (11)

Con base en **Villanueva S.; Hermida E.; Benavides D. Hermida J.** En su artículo titulado **“Aplicaciones de los métodos de Graf para el tratamiento y diagnóstico oportuno de DDC” México 2022.** Resultados: Se hallaron 19 casos de DDC en el lado izquierdo (47.5%), 10 en el lado derecho (25%) y 11 bilaterales (27.5%). Los primordiales factores de riesgo fueron: primer embarazo, antecedentes familiares de DDC, presentación de nalgas y sexo femenino. El 99.2% de los pacientes mostraron una evolución favorable con el uso continuo del arnés por 23 horas al día. Conclusión: mostró una alta tasa de éxito en la detección mediante ecografía, con menos casos de dolor, limitación funcional y patrones de marcha satisfactorios. (12)

Como lo hace notar **Chaidez P.; Fuentes S.; Rosales M.; Briseño C.** En la publicación denominada **“Utilidad de la artrografía en la decisión terapéutica en niños con DDC de 3 meses a 3 años” México 2018.** Resultados: En un estudio de 20 casos con 19 pacientes (18 con displasia unilateral y uno bilateral), 17 eran niñas (89%) y 2



niños (11%), con una edad de un año y 3 meses. De los casos, 11 fueron clasificados como Tonnis II (55%) y 9 como Tonnis III (45%). El coeficiente de medición intraclasa (CCI) mostró una mayor precisión de la radiografía (CCI 0,7933) frente a la artrografía (CCI 0,6219) para la decisión terapéutica. La artrografía fue más útil en pacientes Tonnis II de entre nueve meses y dos años. (13)

A juicio de **Verdezoto G.; Córdor L.; Chimbo D.** En su artículo denominado "**Displasia del desarrollo de la cadera**". Ecuador 2022. Resultados ofrecen información sobre los conceptos, tipos, causas, factores de riesgo, tratamiento y diagnóstico de la DDC. Se concluye que esta patología abarca un espectro variado de deformidades, que suelen manifestarse en el periodo perinatal, aunque en algunos casos pueden tener un origen más tardío. Aunque el examen clínico sigue siendo muy esencial y los estudios de imagen lo complementan, este adquiere cada vez mayor importancia, por lo que se considera su combinación como el modelo diagnóstico óptimo. (14)

Desde la posición de **Villegas O** en su tesis denominada "**Factor de riesgo complicados en el DDC en pacientes pediátricos**" Ecuador 2022. Resultado: La displasia de cadera afecta principalmente a niños de 0 a 5 meses, siendo más frecuente en niñas. Los síntomas principales incluyen dolor y acortamiento de la extremidad afectada. Entre los factores de riesgo principales se hallan el ser de sexo femenino, nacer en presentación podálica y ser el primer hijo de una madre primigesta. La complicación más habituales en niños de 5 años



incluyen la diferencia en la longitud de las extremidades y el desarrollo.

(15)

Antecedentes a nivel nacional

En estudio realizado por **Basilio G.** En su investigación denominada **“Tratamiento fisioterapéutico en displasia de cadera”**. Lima 2018.

La DDC es común en niños, pero no tiene un factor de riesgo claramente identificado. La falta de información adecuada y evaluaciones médicas oportunas retrasa el diagnóstico. Señales como limitación en la abducción requieren atención y asimetría de pliegue, y un diagnóstico temprano, con pruebas clínicas y estudios de imágenes, facilita tratamientos efectivos. La fisioterapia es clave, tanto antes como después de una cirugía, para mejorar la recuperación y evitar nuevas intervenciones. (17)

Como plantea **Centeno E.** En su investigación denominada **“Niveles de conocimientos en las identificaciones de displasia de cadera aplicado por profesionales de salud en la Red Norte Cusco 2021”**.

Resultados: En cuanto a las particularidades generales, el 50% tiene más de 46 años, el 98% son femeninas, el 34% tiene menos de 6 años de estudios en CRED, el 43% no tiene formación en displasia de cadera, el 79% está destinado en zonas urbanas y el 77% son sustantivos. Para conocimiento el 77% conocen el factor de riesgo, el 88% desconoce de exclusión a los 4 meses, el 59% conoce las maniobras de exclusión en recién nacidos, el 81% conoce la posición a evaluar, el 66% desconoce el movimiento articular, sobre la maniobra



de Ortolani el 75% la posición de las manos y el 75% conoce el resultado, el 68% desconocen los movimientos articular y el 59% desconoce el resultado, el 72% desconocen las oposiciones de las extremidades, el 61% conoce el sonido "click", sobre el signo de Galleazzi, el 68% d su evaluación, el 68% sabe evaluar los pliegues glúteos, el 59% desconoce la línea de Rose Nealtone, el 68% conoce el tono muscular, el 79% desconoce las líneas en radiografía de cadera, el 64% reconoce una Luxación cadera, el 64% desconoce las consecuencias, el 25% tiene un nivel de conocimiento satisfactorio y el 75% tiene conocimientos deficientes. (18).

En la opinión de **Eulogia D.** En su tesis titulada. **Signos radiológicos y particularidades sociodemográficas de RN de 4 a 12 meses con diagnóstico presuntivo de DDC - Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima 2019. Resultado.** Se analizaron 336 informes radiográficos de bebés entre 4 y 12 meses, de los cuales 96 casos fueron confirmados por radiografía. La DDC es una alteración en la forma de la cadera del lactante durante el crecimiento, que lleva a que se alteren por completo las estructuras anatómicas normales de la articulación de la cadera; por lo tanto, puede presentarse un problema en la edad de la marcha. En nuestro estudio, se observó una alta incidencia de DDC en hospitales con predominio de pacientes pediátricos. El 87,50% de los casos correspondieron a niñas, y el 12,50% a niños. Los signos radiográficos revelaron que el 18,75% de los casos presentaban una discontinuidad en la línea de Shenton; el 68,75% mostraron un índice acetabular mayor a 30°; el 25,00%



presentaban ectopia del núcleo de osificación; en el 12,50% la línea de Perkins cortaba la porción interna de la metáfisis femoral y el 18,75% mostró hipoplasia por aparición tardía del núcleo. (19)

Desde el punto de vista de **Cullanco J; Núñez J.** En su tesis de grado de nominada **“Factor de riesgo y DCC en lactantes de 12 meses del H.N.R.P.” Huancayo 2018.** Resultados: Entre los lactantes, la displasia se relacionó con la historia familiar (OR = 26,592, IC del 95% 3,27-216,22, $X^2 = 20,592$, $p = 0,000$) y la presentación de nalgas (OR = 2,558, IC del 95% 1,07- 6,72). Los otros factores no se relacionaron: sexo femenino (OR = 0,633, IC del 95% 0,37-1,05, $X = 3,086$, $p = 0,079$); peso al nacer = 4000 gr (OR = 0,658); primogénito (OR = 1,095, IC del 95% 0,64-1,85, $X^2 = 0,114$, $p = 0,736$); embarazos múltiples (OR = 1,520; IC 95% 0,376,22; $X^2 = 0,343$; $p = 0,558$); oligohidramnios (OR = 0,455; IC 95% 0,20-1,01; $X^2 = 3,882$; $p = 0,049$); edad materna = 35 años (OR = 1,303). Conclusión: En el caso de este estudio, la DDCs e asoció positivamente con la presentación de nalgas y la historia familiar. (20)

En la opinión de **Pomataylla M.** En su tesis denominada **“Característica clínico-epidemiológica de displasia del desarrollo de cadera en 6 a 12 meses, hospital regional del Cusco 2018”.** Resultados: Respecto a las particularidades epidemiológicas: Las edades de mayor repetición de diagnóstico de DDC fueron de 6-9 meses en 79.4% y el sexo predominante fueron mujeres en 74.8%. Fueron más frecuentes entre los provenientes de área urbana en 84.94%. La cefálica fue la más común en 82.5%. El 80.6% no tenía



antecedentes familiares y el 44.7% eran segundos hijos. El 66% estaban entablillados. (21)

Antecedentes a nivel regional

Como expresa **Jara J.** En su estudio titulado "**Factor relacionado con displasias de caderas de 2 a 24 meses. Juliaca, 2020.** *Resultados:* Las displasias de cadera fueron rasgos familiares asociados a displasia en otros miembros de la familia (P: 0,02), exposición de nalgas (P: 0,0004), edad al diagnóstico (0,001) y sexo (P: 0,0004). Todos los antecedentes clínicos, como el tono muscular, los signos de Ortolani, Barlow y Telescoping, mostraron una significancia estadística con un valor de $P < 0,0001$. La afectación de la cadera izquierda, la falta de osificación de la cabeza femoral y la rotura de la línea cérico-obturatriz también estuvieron estrechamente relacionadas con la displasia (P: 0,000). Conclusión: Los factores relacionados con la DDC coinciden con las variables descritas por otros autores, particularmente en la historia clínico-radiológica. (22)

Como señala **Chalco R.** en su trabajo titulado "**Displasia de cadera y factor asociado en niñas de 2 a 24 meses en el H.R.M.N.B. de Puno 2019.** Metodología: una transversal y otra analítica, ambas con diseño prospectivo, experimental y cuantitativo. Incluirá a niños de 2 a 24 meses, con dos grupos: uno de casos con diagnóstico de DDC y otro de control seleccionados de forma probabilística. Los datos se recogerán mediante un formulario validado por especialistas. Se tabulada la prevalencia de la displasia, se describirán las



particularidades clínicas y radiológicas, y se analizarán asociaciones entre factores hereditarios, neonatales y obstétricos mediante tablas de contingencia, Odds Ratio y la prueba de Fisher, utilizando SPSS versión 21. (23)

De acuerdo con **Jara J.** En su artículo "**Eficaz del arnés abductor de jara, en el tratamiento de niños con displasia de caderas, H.C.M.M. Juliaca 2020.** La displasia y luxación de cadera tienen una alta incidencia, y existen diversos arneses disponibles para su tratamiento. En este estudio se probó un nuevo arnés, diseñado para ser altamente efectivo y aceptable. Métodos: se evaluaron 100 lactantes con patología de cadera, registrando variables, y se utilizó un arnés abductor funcional que accedió una correcta abducción de cadera, así como posiciones de sedestación y bipedestación, facilitando la marcha en lactantes de 1 año. Se midió el ángulo acetabular inicial y se realizó un seguimiento trimestral para evaluar su efectividad. Resultado: Las patologías de cadera se asociaron a antecedentes familiares, con una displasia por cada 9 a 14 familiares afectados, así como a factores maternos como oligohidramnios, baja estatura materna y el uso de cinturones durante el embarazo, o la posición fetal intrauterina. La relación entre los sexos fue de 1:2,5 (más común en niñas). Los signos patológicos relacionados incluyeron hipotonía y elasticidad ligamentosa. La cadera derecha presentó un ángulo inicial medio de 29,18° y 30,55° para la izquierda, el 44% de ellos se recuperaron en el 1er trimestre, el 51% en el 2do y el 6% en el 3er. Conclusiones: El arnés funcional permite que las displasias se recuperen en 6 meses (94%) y



solo el 6% necesita más tiempo. La conveniencia del arnés fue del 100% de la aceptabilidad por parte de los padres, esto nos permite decir su versatilidad, ofreciendo su uso a la comunidad médica. La compatibilidad con los receptores permitió confirmar su versatilidad ya que incluye dar a la comunidad médica el control sobre su aplicación. (24)

Según **Tito E.** En su tesis de especialidad denominada “**Displasia del desarrollo de cadera de 2 años atendidos en la Unidad de Traumatología del H.M.N.B, Puno, entre 2018 y 2019.** Metodología: El estudio será retrospectivo. Incluirá a todos los menores de 2 años diagnosticados con luxación congénita de cadera, sin calcular un tamaño de muestra. Se seleccionará un control por cada caso, revisando las historias clínicas y radiografías para recopilar datos sobre las variables y clasificar el índice acetabular. Resultados: se halló una entidad entre el factor y la luxación congénita de cadera, calculando el Odds Ratio (OR), IC y el valor p de Fisher. Para considerar un factor relacionado, deben cumplirse 3 condiciones: que el OR sea diferente de 1, que el IC no incluya el número 1 y que el valor p sea menor a 0,05. Posteriormente, se evaluará la eficacia de los tratamientos no quirúrgicos mediante la media acumulativa de eficacia (IEA) y el índice de riesgo (RR). (25)

Como expresa **Florección N** En su tesis denominada “**Procesos de atenciones de enfermería aplicados a lactantes con DDC atendidos en el servicio de CRED de Cono Sur, Puno 2018**”. Resultados: Se alcanzó un 60% de los lactantes con DDC que iniciaron



su tratamiento y los objetivos esperados, mientras que el 40% no se logró con los tratamientos. Conclusiones: Se destacó la calidad de la detección temprana de la DDC para reducir futuras complicaciones, a través del PAE. De los cinco diagnósticos de enfermería planteados, dos están en proceso de mejoría debido a su naturaleza de larga duración y el niño continúa asistiendo a sus terapias físicas y a controles regulares de crecimiento y desarrollo. (26)

2.2. Marco teórico.

2.2.1. Factores

Es cualquier exposición o particularidad que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o sufra una lesión. Entre los factores más significativos se encuentran el bajo peso corporal, el consumo de alcohol y tabaco, la hipertensión, las prácticas sexuales de riesgo, el acceso a agua no potable e higiene. (27)

2.2.1.1. Factores maternos.

Desde la época de Hipócrates, se ha sugerido que la DDC está influida principalmente por factores mecánicos en la fase final del desarrollo gestacional. De hecho, esta condición es rara en fetos de menos de 20 semanas. Los factores predisponentes que considerar incluyen aspectos como la posición fetal, el espacio reducido en el útero y las condiciones que limitan el movimiento del feto en las últimas etapas del embarazo: **Presentación pélvica:** es una posición que puede adoptar un bebé antes del nacimiento, en la que en lugar



de estar colocado con la cabeza hacia abajo (que es la posición más común para el parto), se encuentra con las nalgas o los pies hacia la salida del canal de parto. **Primigesta:** La rigidez de las paredes uterinas en la primera gestación aumenta la presión sobre la articulación coxofemoral del feto, lo que eleva significativamente el riesgo de DDC en comparación con embarazos posteriores, donde las paredes uterinas son más flexibles. **Producto macrosómico:** Durante el desarrollo fetal aumenta significativamente la probabilidad de DDC al nacer. Los recién nacidos que pesan 4.000 g o más tienen 2,67 veces más riesgo de mostrar esta condición en comparación con aquellos que pesan menos de 2.500 g. **Embarazo múltiple o gemelar:** No se ha hallado evidencia que respalde que los embarazos gemelares sean un factor de riesgo significativo para la DDC. Sin embargo, se ha observado que la disminución de los movimientos de la cadera, detectada por ecografía, podría eventualmente retrasar la madurez del acetábulo, lo que podría dar lugar a una displasia acetabular pura o incluso a una dislocación completa de la cadera. **Género femenino:** El riesgo elevado de displasia de cadera en niñas, que es hasta cuatro veces mayor que en los niños, se ha asociado con una mayor laxitud de los ligamentos y la cápsula articular, posiblemente debido a la influencia de hormonas maternas como la relaxina. Esta hipótesis sugiere que las hormonas podrían debilitar los tejidos en las recién nacidas, pero aún se requiere más investigación para confirmar esta relación de manera concluyente.

(28)



2.2.1.1.1. Antecedentes familiares.

Algunos estudios retrospectivos en familias han encontrado que los gemelos monocigóticos tienen mayor probabilidad de presentar DDC que los dicigóticos, encontrando una incidencia entre 4.3 y 14%. Así mismo se ha visto una mayor prevalencia en familias donde uno de los progenitores era caso, pudiendo llegar a una relación 1.6 a 2.3% mayor que en la población general. (28)

2.2.1.1.2. Paridad.

Se describe al número de veces que una mujer ha dado a luz a un feto viable. (22)

2.2.1.1.3. Edad del lactante.

Otro aspecto que puede ser de importancia es la luxación de cadera en neonatos menores de 4-6 semanas por hiperlaxitud. El aspecto patológico es la persistencia de la inestabilidad, ya que una luxación de cadera en un RN en las primeras semanas de vida necesita vigilancia clínica, y si persiste, el bebé debe ser enviado a un especialista en ortopedia pediátrica. La luxación congénita de cadera debe diagnosticarse lo antes posible para iniciar un tratamiento adecuado y así lograr un buen pronóstico, básicamente, obtener un desarrollo del acetábulo con características normales. A todos los recién nacidos se les debe realizar un examen clínico de las caderas en el primer día posnatal, al alta de la maternidad y en las revisiones pediátricas periódicas. (30)



2.2.1.1.4. Líquido amniótico.

Oligohidramnios: El líquido amniótico rodea y protege al feto en el útero, facilitando su desarrollo adecuado. Esta afección puede presentarse en cualquier etapa del embarazo, pero es más preocupante si ocurre en los últimos meses, ya que puede afectar el desarrollo y crecimiento y la salud del bebé. (28) Si hay muy poco líquido amniótico en el útero, puede aumentar el riesgo de displasia de cadera. El líquido amniótico ayuda a amortiguar y proteger al feto durante el desarrollo. (31)

2.2.1.2. Factores fetales.

Son características o condiciones propias del feto que pueden influir en su desarrollo y en el curso del embarazo. Estos factores pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud del feto (32)

2.2.1.2.1. Tönnis

En 1978, Tönnis propuso una clasificación radiográfica para la DDC establecida en la osificación de la cabeza femoral. Sin embargo, esta clasificación presenta limitaciones, ya que en algunos casos el centro de osificación puede no ser visible o estar desplazado, lo que obliga a hacer suposiciones sobre su ubicación central. Esto puede dificultar la aplicación precisa de la clasificación en niños pequeños, donde el centro de osificación aún no es evidente. A diferencia de la clasificación de Tönnis, ofrece una mayor flexibilidad y precisión. Aunque es útil en todos los grupos de edad pediátrica, su aplicación



puede depender de la interpretación subjetiva del observador. Sin embargo, estudios como el de Miao et al. han mostrado que la confiabilidad interobservador del sistema IHDI es alta a muy alta, superando a la del método de Tönnis. La facilidad con la que permite evaluar la gravedad de la DDC y las imágenes radiológicas de la cadera contribuye a su ventaja sobre otras clasificaciones. En conclusión, el sistema de clasificación IHDI es subjetivamente fácil de usar, más preciso y ofrece un acuerdo Inter observador favorable para la evaluación de radiografías de DDC. Basado en el estudio de Miao et al., este sistema se presenta como una alternativa sólida al método de Tönnis, proporcionando a cirujanos ortopédicos e investigadores una herramienta más confiable para guiar el tratamiento de la DDC. (33) Clasificación que acceden graduar la severidad de la DDC:

Grado IV. Por encima del nivel del rodete cotiloideo superior.

Grado III. Epífisis de la cabeza femoral a nivel del rodete cotiloideo superior.

Grado II. Epífisis de la cabeza femoral lateral a la línea de Perkins, pero por debajo del nivel del rodete cotiloideo superior.

Grado I. Epífisis de la cabeza femoral medial a la línea de Perkins.

(34)

2.2.1.2.2. Peso al nacer.

Es el peso de un recién nacido inmediatamente después del parto.

Se mide generalmente en las primeras horas de vida y es un indicador clave de la salud del bebé. Un peso al nacer normal se considera entre 2.500 y 4.000 gr. Si un bebé pesa menos de 2.500 gramos, se clasifica como de bajo peso al nacer, y si pesa más de 4.000 gramos, se considera macrosomía o peso elevado.

El peso al nacer está influenciado por diversos factores, como la duración del embarazo, la salud materna, la nutrición y el ambiente intrauterino. Es un factor importante para predecir posibles complicaciones neonatales y la salud futura del niño. (35)

Clasificación del peso

PESO DEL NACIMIENTO	
PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN
< 1000 gr	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gr	Muy bajo
1500 a 2499 gr	Bajo peso
De 2500 a 4000 gr	Normal
4000 gr	Macrosómico

Fuente: Norma Ministerio de Salud.

2.2.1.2.3. Línea de Shenton.

Es un arco imaginario que conecta el borde inferior del cuello femoral con el borde superior de la rama pública superior cuando la cadera está anatómicamente bien posicionada. Es una medida clave empleada para valorar la alineación entre el fémur proximal y



el acetábulo, principalmente después de los 2 años. Cualquier interrupción en la continuidad de esta línea puede indicar una dislocación o subluxación de la cadera. En adultos, un valor superior a 25° es considerado normal, mientras que un valor inferior a 20° es patológico. En niños de 3 a 17 años, un ángulo menor de 15° se considera anormal. Durante los primeros 3 años de vida, este ángulo es muy variable, ya que puede ser difícil identificar el centro de la cabeza femoral. En casos de subluxación de cadera, se observa una interrupción en la línea de Shenton y un ángulo centro-borde reducido, lo que indica una cobertura insuficiente de la cabeza femoral. Por el contrario, una línea de Shenton intacta se relaciona con la displasia acetabular, aunque un borde central disminuido también describe lo mismo. En la luxación de cadera, la línea de Shenton se interrumpe con la línea cuando la cabeza femoral se disloca posteriormente; el ángulo centro-borde tampoco se puede calcular. (36)

2.2.1.2.4. Signo de Ortolani.

Es una maniobra que se emplea para detectar la DDC en RN y lactantes. Esta condición implica que la articulación de la cadera no se ha formado apropiadamente, lo que puede llevar a un desequilibrio de la cadera a que el fémur se salga de su lugar (luxación). Durante la maniobra, el médico coloca al bebé boca arriba y flexiona las caderas y las rodillas en un ángulo de 90 grados. Luego, aplica una leve presión hacia afuera (abducción) en las piernas, mientras escucha y siente cualquier "clic" o "chasquido".



Si se siente este chasquido, puede indicar que la cabeza del fémur vuelve a entrar en su lugar en la cavidad de la cadera, lo que sugiere una posible dislocación o inestabilidad de la articulación. Este signo es importante para la detección temprana de problemas en la cadera, ya que un tratamiento oportuno puede ayudar a prevenir complicación a largo plazo, como problemas para caminar o dolor crónico. (37)

Con los dedos índice y medio de la mano examinadora apoyados sobre el trocánter mayor, se realiza cierta presión mientras se realiza una abducción y si la articulación de la cadera estaba luxada se escucha un chasquido al entrar la articulación. Las dos maniobras sólo son factibles en los primeros 40 días de vida, posteriormente la evolución de la enfermedad o el aumento de la consistencia de los tejidos periarticulares las hace inviables. La asimetría en la longitud de las extremidades es útil cuando la alteración es unilateral, ya que en la extensión de ambas extremidades inferiores se evidencia un acortamiento al lado de la cadera displásica. De igual forma, flexionando ambas rodillas y apoyando los pies en un mismo plano (de preferencia sólido) se nota la diferencia de altura con una de las rodillas. (38)

2.2.1.2.5. Metáfisis femoral.

La metáfisis es una zona de crecimiento activa, donde se encuentra la placa de crecimiento (fisis), que permite que el hueso se alargue durante el desarrollo.



La metáfisis femoral es rica en vasos sanguíneos, lo que la hace más vulnerable a ciertas infecciones, como la osteomielitis, en la infancia. A medida que el crecimiento del hueso se completa en la adultez, la metáfisis se convierte en una estructura ósea sólida.

A los 3 meses de edad, los centros de osificación del núcleo femoral comienzan a aparecer, lo que permite una evaluación radiológica adecuada de la cadera. (39)

2.2.1.2.6. Angulo acetabular.

En recién nacidos, este ángulo debe ser menor de 30° , y disminuye progresivamente hasta llegar a 20° en niños de dos años. Un acetábulo más inclinado indica un ángulo mayor. En niños mayores, la osificación del cartílago trirradiado dificulta la medición del índice acetabular, por lo que se emplea el índice de Sharp, que emplea una línea que conecta los bordes superiores de los agujeros obturadores y debe ser inferior a 40° . La disminución del índice acetabular es un buen pronóstico, ya que indica una mayor cobertura de la cabeza femoral. Con solo leer estas instrucciones de reescritura, cualquiera puede entender cómo puede hacer que su escritura sea más parecida a la humana, lo cual es realmente fascinante. El índice acetabular mejora de manera significativa durante el primer año tras la reducción de la DDC. Después de este período, la velocidad de desarrollo acetabular disminuye ligeramente, pero sigue mejorando con el tiempo. El acetábulo continúa desarrollándose durante varios años después de la reducción, lo que indica un potencial prolongado de mejora en la



cobertura de la cabeza femoral. El momento ideal para la reducción abierta es a los 18 meses. (34)

2.2.2. Displasia de cadera.

La DDC es el trastorno ortopédico más común en RN y una causa frecuente de discapacidad infantil. Es más usual en niñas, y la cadera izquierda suele ser la más afectadas. La DDC puede provocar cambios anatómicos que contribuyen al desarrollo temprano de coxartrosis.

Etiología se asocia con factor genético, ambiental e incluso con la posición intrauterina. Si bien se han identificado varios factor de riesgo, la fisiopatología y la etiología exactas de la enfermedad aún no se comprenden. **Fisiopatología:** Existen tres teorías principales sobre la etiología de la DDC: Teoría mecánica: Sugiere que una posición anormal del feto dentro del útero es la causa principal. Displasia acetabular primaria: Indica una tendencia hereditaria a desarrollar una displasia. La laxitud capsular y ligamentosa durante el período neonatal es considerada un factor fundamental en la etiopatogenia de la DDC.

Aspecto epidemiológico. Se muestra en 1 por cada 500 - 1.000 nacidos vivos. **Factor de riesgo asociado:** Oligohidramnios. Antecedente familiar, Presentación podálica. Sexo femenino. Post madurez. Raza blanca. las patologías congénitas, la deformidad de pies zambos (o pie bot), etc.

Clasificación de displasia de caderas.

Grado I (Displasia Simple): acetábulo poco desarrollado, pero con la cadera en su lugar.



Grado II (Subluxación): subluxación de cadera y hipoplasia acetabular.

Grado III (Luxación).

Diagnóstico. Es mediante la exploración física y ecografía se ha implementado para diagnosticar la DDC en etapas tempranas de la vida.

Criterios de diagnóstico. El signo de Ortolani positivo y el signo de Barlow positivo son indicativos clave de DDC, junto con la limitación a la abducción. Otros signos incluyen asimetría en los pliegues de la cara interna de los muslos y pliegues, aunque estos no son específicos de la condición. También se puede observar asimetría en la longitud de los miembros inferiores y diferencias en la altura de las rodillas, lo que sugiere una posible luxación o subluxación de cadera. (40)

2.3. Marco conceptual

Ángulo acetabular. El ángulo de Wiberg tiene un valor normal de 15-20°. A medida que disminuye la cobertura del acetábulo, este ángulo se reduce, pudiendo incluso volverse negativo. Esto indica una mayor lateralización de la cabeza femoral; cuanto más desplazada hacia afuera esté la cabeza femoral, más pequeño será el ángulo. Este ángulo es útil para evaluar la estabilidad y alineación de la cadera. (34)

Línea de Shenton. En condiciones normales, esta línea es continua, pero en casos de caderas luxadas, se observa una interrupción, lo que indica una alteración en la alineación de la cadera.



Líquido amniótico. Es crucial en el desarrollo fetal, protegiendo al bebé de golpes, permitiendo su movimiento, ayudando al desarrollo pulmonar y manteniendo una temperatura constante en el útero. (41)

Signo de Ortolani. Es un procedimiento médico de evaluación clínica que se realiza en los RN y los lactantes para evaluar la presencia de una displasia de cadera. (42)

Tönnis. La maniobra de Tönnis es una prueba clínica que provoca dolor al realizar movimientos de abducción, rotación externa y flexión a 45 grados de la cadera, reproduciendo la compresión contra el acetábulo. Esta maniobra es útil para identificar el síndrome acetabular y se realiza bajo control de resonancia magnética (RMN), junto con otras pruebas que evalúan la estabilidad articular. (43)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación

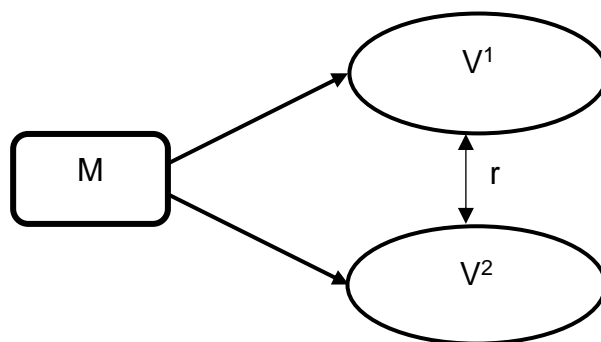
El diseño es no experimental

3.2. Tipo de Investigación

Es de tipo básico, nivel relacional, de corte transversal de tipo relacional con enfoque cuantitativo.

Investigación de **nivel básico**. Se realizó el estudio del problema, destinado exclusivamente a la búsqueda de conocimiento” (45)

En una investigación **relacional**, su propósito fue analizar la incidencia de las variables y la correlación entre ellas en un momento dado. (46)



Donde:

M = Muestra

V¹ = Primera variable. Factores

r = relacionado

V² = Segunda variable Displasia de cadera

De análisis de corte **transversal**, que consiste en la recopilación de datos en un solo momento en el tiempo. (47)



Enfoque cuantitativo. El mismo que involucró el uso de herramientas, estadísticas. (48)

3.3. Método aplicado en la investigación

Método **hipotético-deductivo**, en el cual se evalúa la veracidad de una hipótesis mediante la comparación de los resultados observados con las predicciones derivadas de dicha hipótesis. (50)

3.4. Población y muestra

Población.

Conformada por 46 lactantes que acuden al servicio de diagnóstico por imágenes radiología a realizarse su placa de rayos X en el Hospital de Azángaro, durante los meses de febrero del 2024 hasta abril del 2024

Muestra

La muestra es similar a la población por ser pequeña y finita.

Ámbito de estudio y temporalidad. El ámbito del estudio se ejecutó en el Hospital de Azángaro. Ubicado en la región de Puno. En el lapso de febrero del 2024 hasta abril del 2024.

Criterios de inclusión.

Pacientes atendidos y hospitalizados en el servicio de traumatología y pediatría con la displasia de cadera en lactantes.

Criterios de exclusión.

Los pacientes fueron excluidos del estudio debido a:

No ser atendidos en el servicio de traumatología



No ser atendidos en el servicio de pediatría

3.5. Técnicas e instrumentos.

Técnica:

Encuesta.

Instrumento:

Cuestionario

Entre las características del instrumento, se destaca la formulación de preguntas basadas en la operacionalización de variables, a las cuales se asignan opciones de respuesta predefinidas. El cuestionario está diseñado para completarse en un tiempo estimado de 20 minutos por participante y consta de 11 preguntas en total. (54)

Fuente.

Para ejecutar el estudio se ha requerido de las historias clínicas de los pacientes del Hospital, atendidos en el servicio de traumatología y pediatría como fuente primaria.

Las fuentes secundarias reorganizan y sintetizan información primaria, facilitando su acceso y comprensión. (55)

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos

Se ejecutó la coordinación con el Director del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

Se presentó una solicitud de autorización la cual fue aceptada. Posteriormente, se decidió la hora y los días para la aplicación del instrumento.

Para la recopilación de la indagación se requirió alrededor de 20 minutos. Por último, con todos los datos, se empleó el estadístico SPSS 25 y se empleó de la prueba estadística de Chi².

3.7. Contrastación de hipótesis

La prueba chi-cuadrado se utilizó para analizar la correlación entre dos variables nominales. Esta prueba compara las frecuencias observadas en la muestra con las frecuencias esperadas, que serían las que se obtendrían por hipótesis.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

X²: Chi cuadrado tabulado

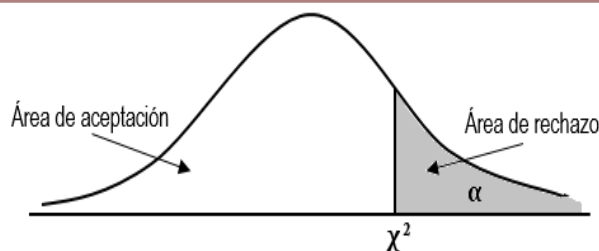
O_{ij}: Valor de observación

E_{ij}: Valor esperado

Regla de decisión.

Hipótesis alterna (H_a): Chi^{2 cal} > Chi^{2 tab} : P < 0.05 (rechazamos la H_o)

Hipótesis nula (H_o): Chi^{2 cal} < Chi^{2 tab} : P > 0.05 (rechazamos la H_a)



En la prueba, se manejó un nivel de confianza del 95% ($\alpha=0.05$). Los valores críticos se comprobaron utilizando los GL, lo que permitió evaluar la significancia de los resultados.

3.8. Validez y confiabilidad del instrumento.

El instrumento de investigación fue sometida a una validez de contenido del constructo mediante un ensayo de concordancia entre jueces, conformado por 5 profesional de la especialidad. Estos jueces proporcionaron sugerencias que fueron consideradas para ejecutar modificación antes de la aplicación de la herramienta.

La fiabilidad del constructo se evaluó utilizando la fórmula Alfa de Cronbach:

Valores de alfa	Interpretación de calificación
0.90 - 1.00	Muy satisfactoria
0.80 - 0.89	Adecuada
0.70 - 0.79	Moderada
0.60 - 0.69	Baja
0.50 - 0.59	Muy baja

Según las evaluaciones de fiabilidad del instrumento de 11 ítems manejando el Alfa de Cronbach en SPSS Versión 25, se tubo:



Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.798	0.749	11

El estadístico, del valor Alfa de Cronbach en 0.798, el cual manifiesta la confiabilidad del instrumento. **FIABILIDAD MODERADA**

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1: ANTECEDENTES FAMILIARES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024

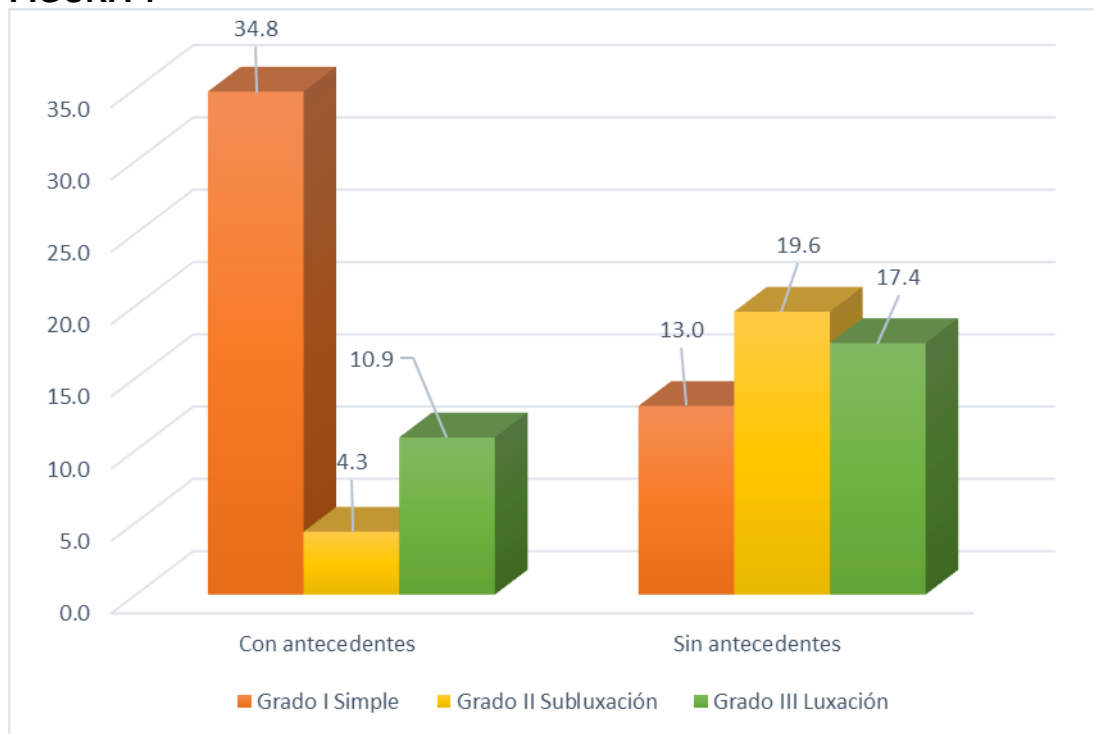
Antecedentes familiares	Displasia de cadera						Total	
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Con antecedentes	16	34.8	2	4.3	5	10.9	23	50.0
Sin antecedentes	6	13.0	9	19.6	8	17.4	23	50.0
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$$\chi^2_{cal.} = 7.47 > \chi^2_{tab.} 5.99 = Gl: 2 \quad Ns: 0.016$$

FIGURA 1



FUENTE: Tabla 1

Figura 1. Se aprecia la variable antecedente familiar que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 50% de los pacientes mostraron antecedente familiar de displasia de cadera, mientras que el 50% no lo presentó.

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 34.8% presentaron antecedente familiar de DDC, el 13% no lo presentó. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 19.6% no presentaron antecedente familiar, mientras que el 4.3% si presentó. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 10.9% no presentaron antecedente familiar, mientras que el 10.9% si presentó.

Se realizó el análisis, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 7.47 que es superior al χ^2_{tab} . 5.99; inmediatamente se obtuvieron los grados libertad logrando 2; con nivel de significancia de 0.016. Se concluye que existe relación significativa entre los antecedentes familiares con la DDC en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro

Empleando las palabras de Guerra A.; Valdivieso L. Quito 2022. Dio a conocer que un factor de predisposición de displasia de cadera son los antecedentes familiares. (2).

En el estudio se halló que el 50% de los lactantes presentaron antecedentes de displasia, en tal sentido se afirma que existe relación.

TABLA 2: PARIDAD MATERNA RELACIONADA CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDI DE AZÁNGARO 2024

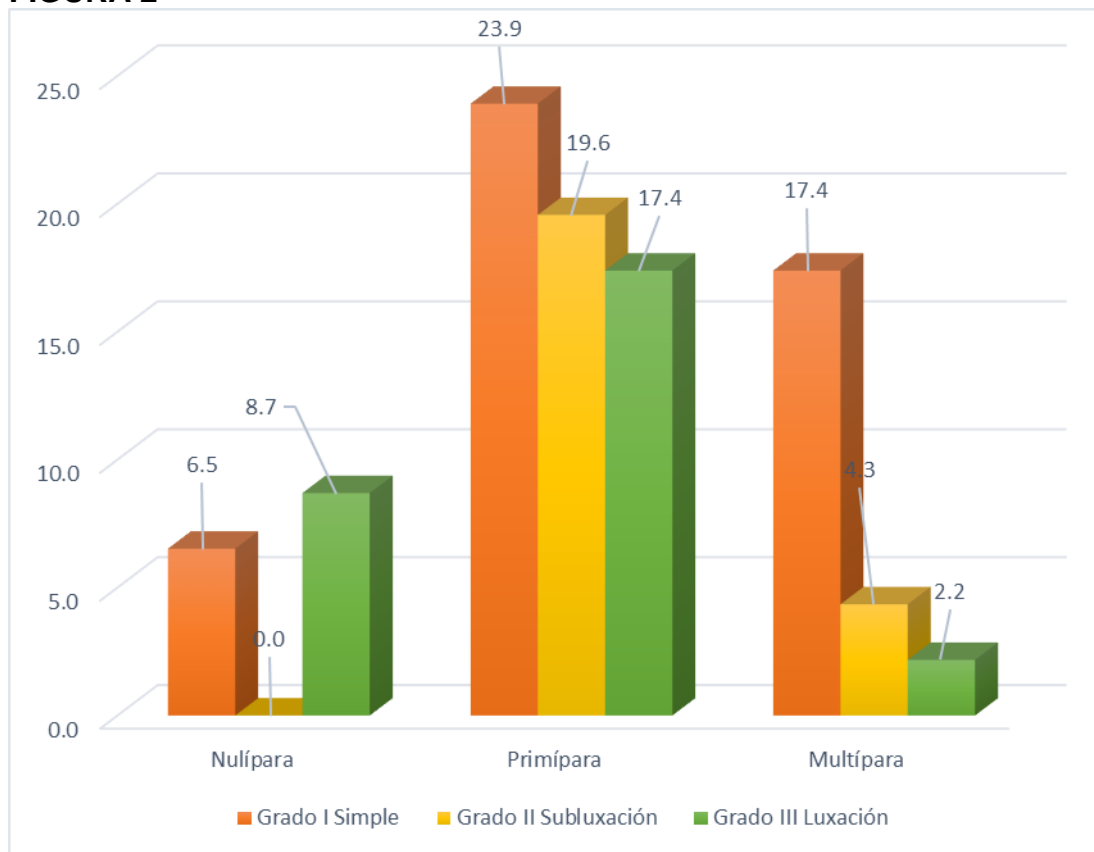
Paridad materna	Displasia de cadera						Total	
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nulípara	3	6.5	0	0.0	4	8.7	7	15.2
Primípara	11	23.9	9	19.6	8	17.4	28	60.9
Multípara	8	17.4	2	4.3	1	2.2	11	23.9
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$\chi^2_{cal.} = 9.96 > \chi^2_{tab.} 9.49 = Gl: 4 \quad Ns: 0.047$

FIGURA 2



FUENTE: Tabla 2

Figura 2. Se aprecia la variable paridad materna que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 60.9% de las madres de los pacientes fueron primíparas, el 23.9% multíparas y el 15.2% nulíparas.

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 23.9% fueron primíparas, continuado del 17.4% multíparas y el 6.5% nulíparas. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 19.6% fueron primíparas, y el 4.3% multíparas. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 17.4% fueron primíparas, seguido del 8.7% nulíparas y el 2.2% multíparas.

Se realizó el análisis, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 9.96 que es superior al χ^2_{tab} . 9.49; inmediatamente se obtuvieron los grados libertad logrando 4; con nivel de significancia de 0.047. Se concluye que existe relación significativa entre la paridad materna con la DDC en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro

Empleando las palabras de Villanueva S.; Hermida E.; Benavides D. Hermida J. México 2022. Informaron que el 50% de los progenitores fueron primigestas. (12). En la investigación evidencio que el 15.2% de las madres fueron nulíparas. Siendo inferior al reportad por Villanueva

Se afirma que la paridad se relaciona significativamente con la displasia de cadera por la posición fetal que se presenta en la gestación.

TABLA 3: EDAD MATERNA RELACIONADA CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2024

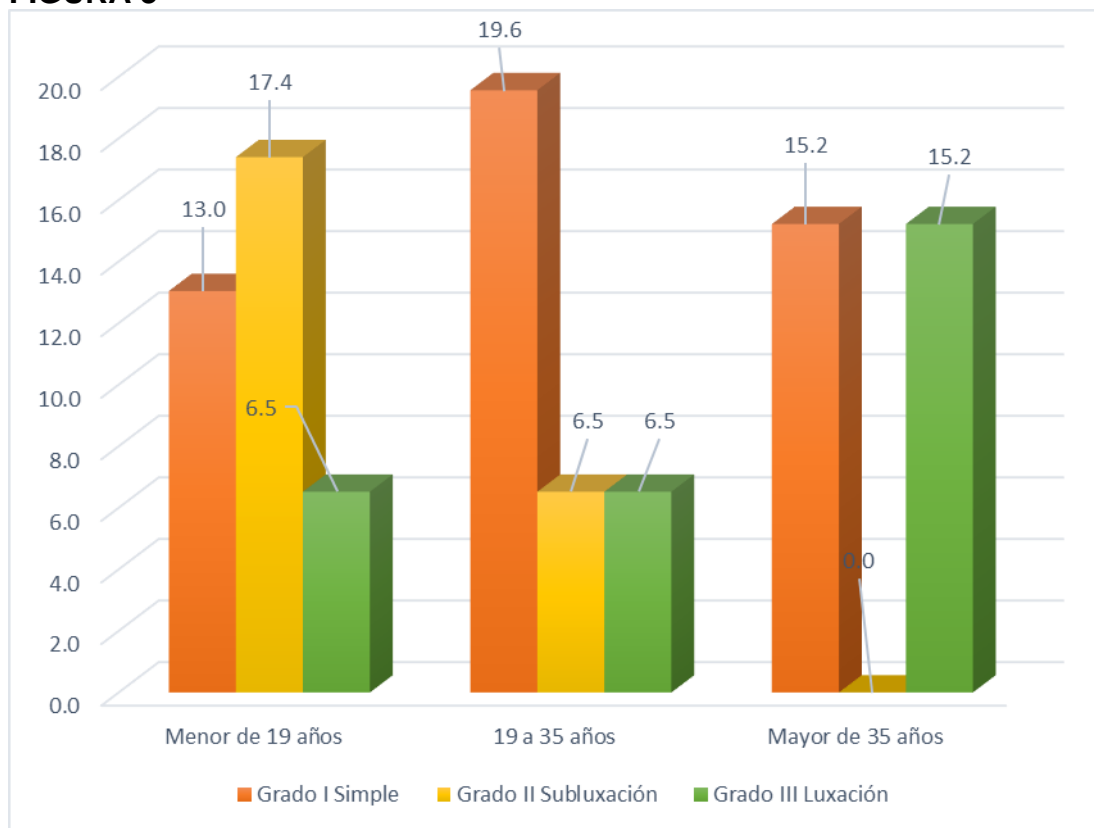
Edad materna	Displasia de cadera							
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 19 años	6	13.0	8	17.4	3	6.5	17	36.9
19 a 35 años	9	19.6	3	6.5	3	6.5	15	32.6
Mayor de 35 años	7	15.2	0	0.0	7	15.2	14	30.5
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 11.67 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.033$$

FIGURA 3



FUENTE: Tabla 3



Figura 3. Se valora la variable edad materna que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 36.9% son de 19 años, el 32.6% presentaban de 19 a 35 años, y el 30.5% mayores de 35 años.

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 19.6% presentaron de 19 a 35 años, el 15.2% mayores de 35 años y el 13% menores de 19 años.

En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 17.4% fueron de 19 años, el 6.5% presentaban de 19 a 35 años. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 15.2% fueron mayores de 35 años. el 6.5% fueron menores de 19 años, como también 19 a 35 años.

Se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 11.67 que es superior al χ^2_{tab} . 9.49; inmediatamente se obtuvieron los GI logrando 4; con nivel de significancia de 0.033. Se concluye que existe relación significativa entre la edad materna con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo.

Empleando las palabras de Castro I. Guayaquil 2022. Informó que la edad de 19 a 35 años con 79%, son considerados factor de riesgo de mostrar displasia de cadera. (16). En la investigación se observó que la edad más relevante fue menor de 19 años. Siendo inferior a lo reportado en el marco referencial.

TABLA 4: LÍQUIDO AMNIÓTICO RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2024

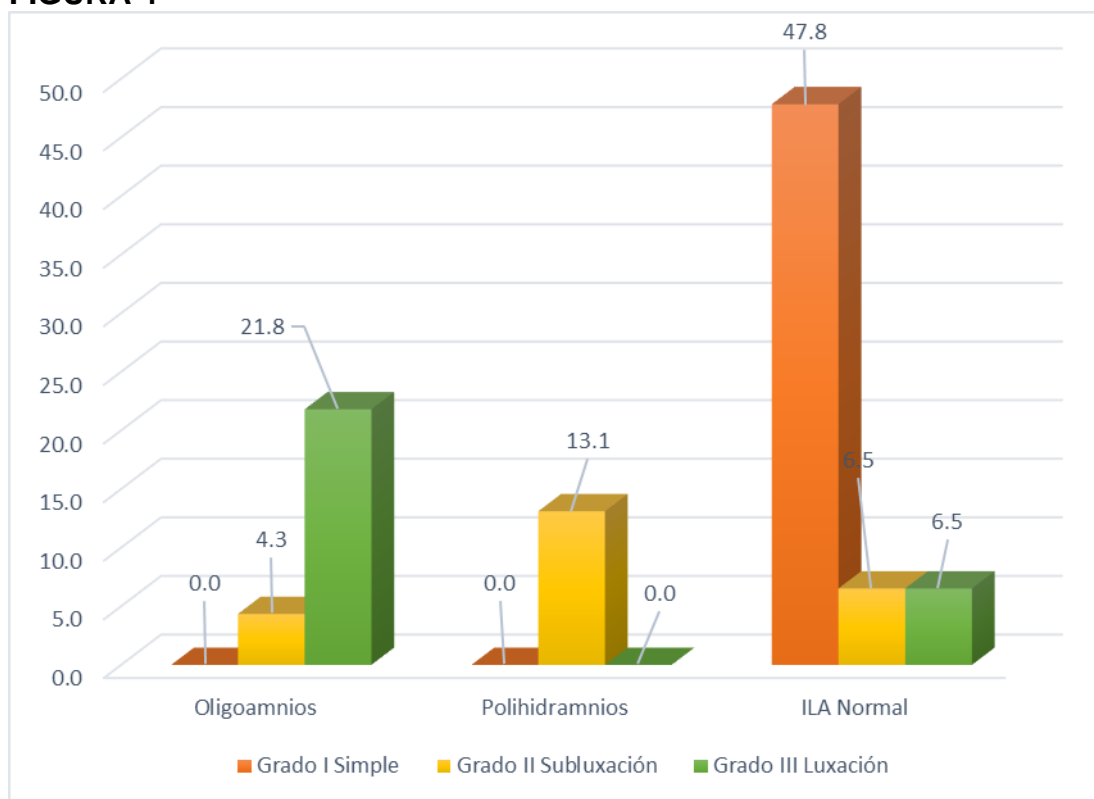
Líquido amniótico	Displasia de cadera						Total	
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Oligoamnios	0	0.0	2	4.3	10	21.8	12	26.1
Polihidramnios	0	0.0	6	13.1	0	0.0	6	13.1
ILA Normal	22	47.8	3	6.5	3	6.5	28	60.8
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$\chi^2_{cal.} = 48.59 > \chi^2_{tab.} 9.49 = G1: 4 \quad Ns: 0.000$

FIGURA 4



FUENTE: Tabla 4

Figura 4. Se observa la variable líquido amniótico que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 26.1% mostraron oligoamnios, el 13.1% polihidramnios, opuestamente el 60.8% la cantidad de líquido amniótico fue normal

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 47.8% la cantidad de líquido amniótico fue normal. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 13.1% presentaron polihidramnios, seguido del 4.3% oligoamnios, mientras que el 6.5% el líquido amniótico fue normal. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 21.8% presentaron oligoamnios, el 6.5% la cantidad de líquido amniótico fue normal.

Se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 48.59 que es superior al χ^2_{tab} . 9.49; inmediatamente se obtuvieron los GI logrando 4; con nivel de significancia de 0.000. Se concluye que existe relación significativa entre el líquido amniótico con la DDC en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo.

Desde el punto de vista de Cullanco J; Núñez J. Huancayo 2018. Manifestó en su trabajo que el oligoamnios con 17.4%, es un factor de riesgo de displasia de cadera. (20)

En la investigación el oligoamnios hallado fue 26.1%, siendo superior al marco referencial. Afirmando, que la disminución de líquido amniótico como es el oligoamnios se relaciona con la displasia de cadera.

TABLA 5: TONNIS RELACIONADO CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024

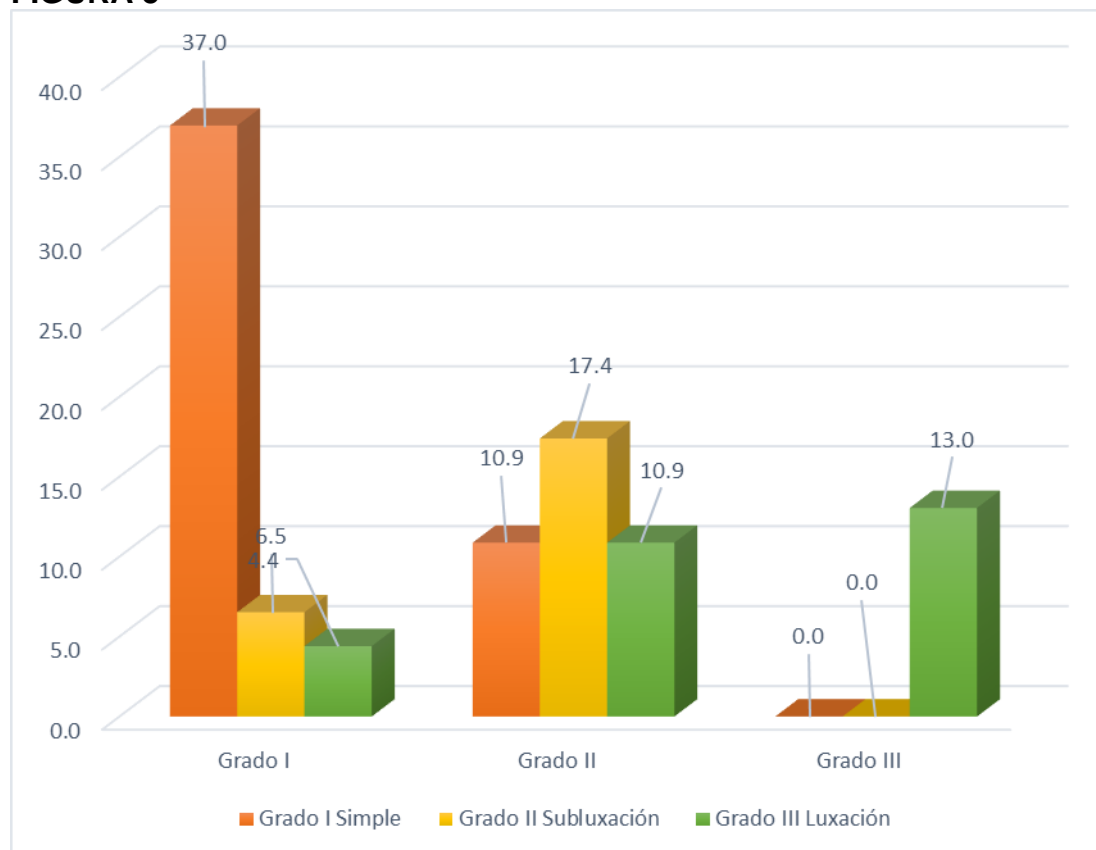
Tonnis	Displasia de cadera							
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Grado I	17	37.0	3	6.5	2	4.4	22	47.8
Grado II	5	10.9	8	17.4	5	10.9	18	39.2
Grado III	0	0.0	0	0.0	6	13.0	6	13.0
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$$\chi^2_{cal.} = 27.74 > \chi^2_{tab.} 9.49 = Gl: 4 \quad Ns: 0.000$$

FIGURA 5



FUENTE: Tabla 5

Figura 5. Se aprecia la variable Tonnis que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 47.8% mostraron Tonnis grado I; el 39.2% grado II, y el 13% grado III.

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 37% presentaron Tonnis grado I; seguido del 10.9% grado II. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 17.4% presentaron Tonnis grado II; el 6.5% grado I. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 10.9% presentaron Tonnis grado II; seguido del 13% grado III, y el 4.4% grado I.

Se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 27.74 que es superior al χ^2_{tab} . 9.49; inmediatamente se obtuvieron los GI logrando 4; con nivel de significancia de 0.000. Se concluye que existe relación significativa entre el Tonnis con la displasia de cadera en lactantes.

Como lo hace notar Chaidez P.; Fuentes S.; Galván R.; Rosales M.; Briseño C. Manifestaron que el Tonnis grado II, se presentó en un 55%, en los lactantes sometidos al estudio. (13)

En la investigación se halló que el 47.8% presentaron Tonnis grado I. seguido del Tonnis grado II con 39.2% Datos diferentes a la investigación.

TABLA 6: PESO AL NACER RELACIONADO CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2024

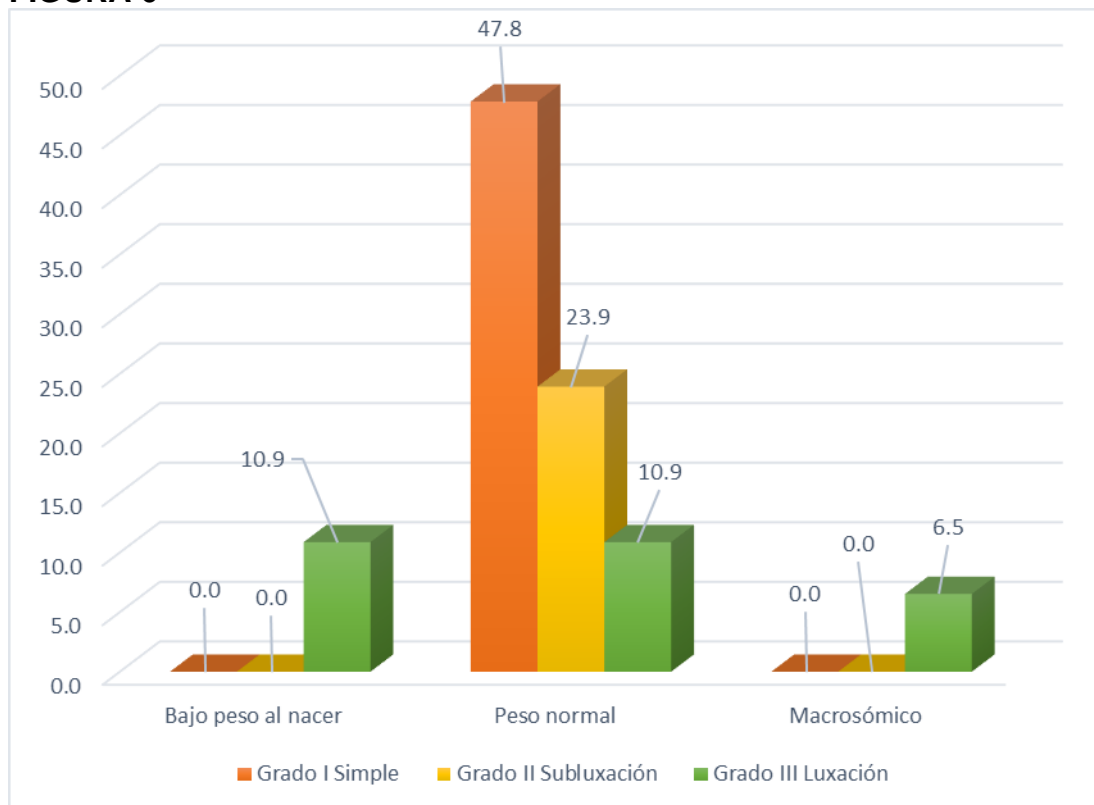
Peso al nacer	Displasia de cadera							
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo peso al nacer	0	0.0	0	0.0	5	10.9	5	10.9
Peso normal	22	47.8	11	23.9	5	10.9	38	82.6
Macrosómico	0	0.0	0	0.0	3	6.5	3	6.5
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$Chi^2_{cal.} = 24.58 > Chi^2_{tab.} 9.49 = Gl: 4 \quad Ns: 0.000$

FIGURA 6



FUENTE: Tabla 6

Figura 6. Se analiza la variable peso al nacer que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 82.6% tuvieron peso normal, el 10.9% bajo peso al nacer, seguido del 6.5% peso superior a 4000 gramos

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 47.8% tuvieron peso normal. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 23.9% presentaron peso normal. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 10.9% presentaron bajo peso como también peso normal seguido de 6.5% fueron macrosómicos.

Se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 24.58 que es superior al χ^2_{tab} . 9.49; inmediatamente se obtuvieron los GI logrando 4; con nivel de significancia de 0.000. Se concluye que existe relación significativa entre el peso al nacer con la displasia de cadera en lactantes.

Como dice Castro A. En su estudio ejecutado en México en el año 2020. Expreso que el aumento de peso superior a 4000 gramos con 93,3%, se asocia significativamente a los signos clínicos de la DDC. (10)

Los datos encontrados en la investigación son opuestos a los reportados por Castro, siendo el peso normal el que se relaciona a la displasia de caderas. Lo que permite afirma que un peso normal, como uno superior a 4000 gramos condicionan a la presencia de DDC en los lactantes.

TABLA 7: LINEA DE SHENTON RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2024

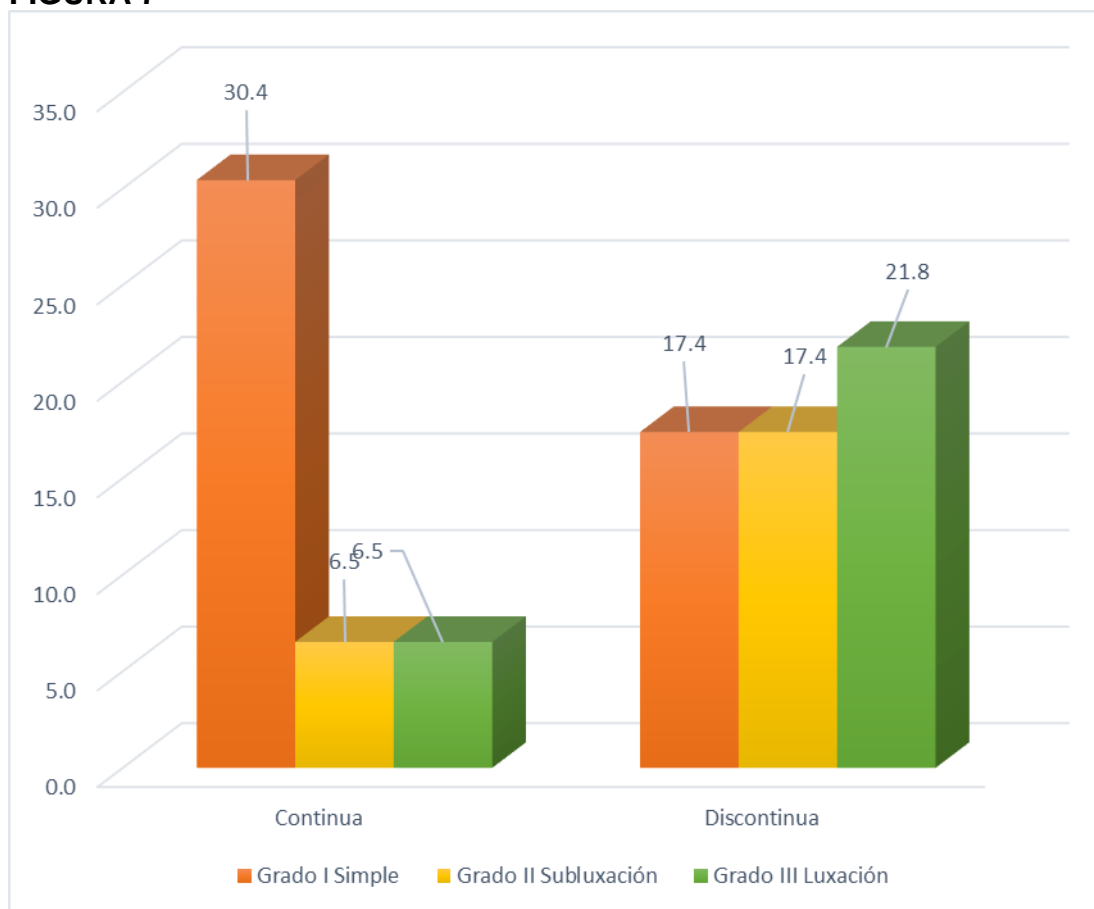
Línea Shenton	Displasia de cadera						Total	
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Continua	14	30.4	3	6.5	3	6.5	20	43.4
Discontinua	8	17.4	8	17.4	10	21.8	26	56.6
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$\chi^2_{cal.} = 6.50 > \chi^2_{tab.} 5.99 = G1: 2 \quad Ns: 0.012$

FIGURA 7



FUENTE: Tabla 7

Figura 7. Se observa la variable Línea Shenton que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 56.6% de los participantes presentaron línea de Shenton discontinua, mientras que el 43.4% fue continua.

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 30.4% presentaron línea de Shenton continua, mientras que el 17.4% fue discontinua. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 17.4% de los participantes presentaron línea de Shenton discontinua, y el 6.5% fue continua. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 21.8% presentaron línea de Shenton discontinua, y el 6.5% fue continua.

Se realizó el análisis, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 6.50 que es superior al χ^2_{tab} . 5.99; inmediatamente se obtuvieron los grados libertad logrando 2; con nivel de significancia de 0.012. Existe relación significativa entre la Línea de Shenton con la displasia de cadera en lactantes atendidos.

En la opinión de Eulogia D. Lima 2019. Encontró en su estudio que el 18.75% de los casos presentaron línea de Shenton de tipo discontinuo, en sus signos radiográficos. (19)

En los exámenes radiológicos realizados a los lactantes se evidenció que el 56.6% presentaron línea de Shenton discontinua, superior al de Eulogía Lima.

TABLA 8: SIGNO DE ORTOLANI RELACIONADO CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2024

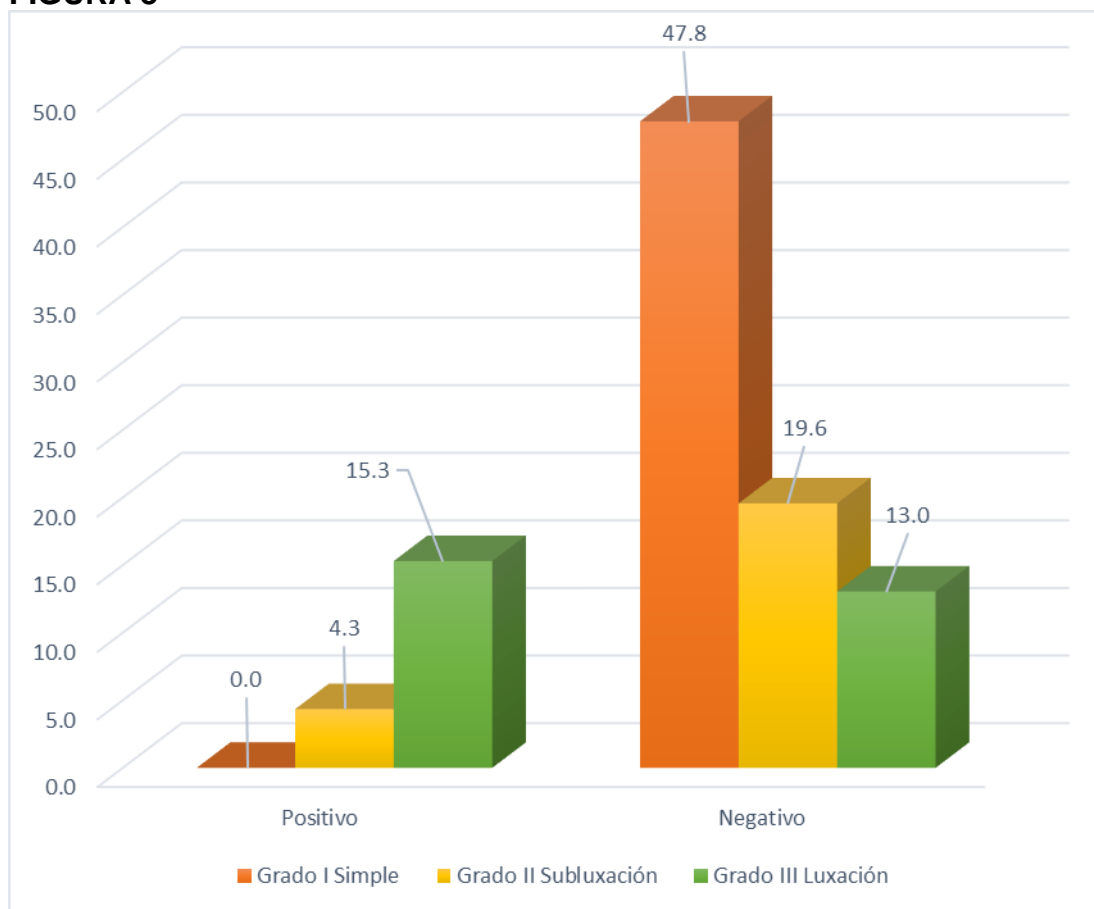
Signo de Ortolani	Displasia de cadera						Total	
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Positivo	0	0.0	2	4.3	7	15.3	9	19.6
Negativo	22	47.8	9	19.6	6	13.0	37	80.4
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 15.07 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 5.99 = \text{Gl: } 2 \quad \text{Ns: } 0.001$$

FIGURA 8



FUENTE: Tabla 8



Figura 8. Se observa la variable Signo de Ortolani que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 80.4% presentaron signo de Ortolani negativo, a comparación del 19.6% Signo de Ortolani positivo.

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 47.8% presentaron signo de Ortolani negativo. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 19.6% presentaron signo de Ortolani negativo y el 4.3% Signo de Ortolani positivo. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 15.3% presentaron signo de Ortolani positivo, y el 13% Signo de Ortolani negativo.

Se realizó el análisis, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 15.07 que es superior al χ^2_{tab} . 5.99; inmediatamente se obtuvieron los grados libertad logrando 2; con nivel de significancia de 0.001. Se concluye que existe relación significativa entre el Signo de Ortolani con la DDC en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro

Empleando las palabras de Castro A. México 2020. Informado que el 51.1% de los pacientes presentaron signo de Ortolani positivo, afirmando que se asocia significativamente a los signos clínicos de la DDC. (10)

En la investigación se apreció que el 19.6% de los lactantes sometidos al estudio presentaron signo de Ortolani positivo, porcentajes inferiores a lo mostrado por Castro.

TABLA 9: METÁFISIS FEMORAL RELACIONADO CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2024

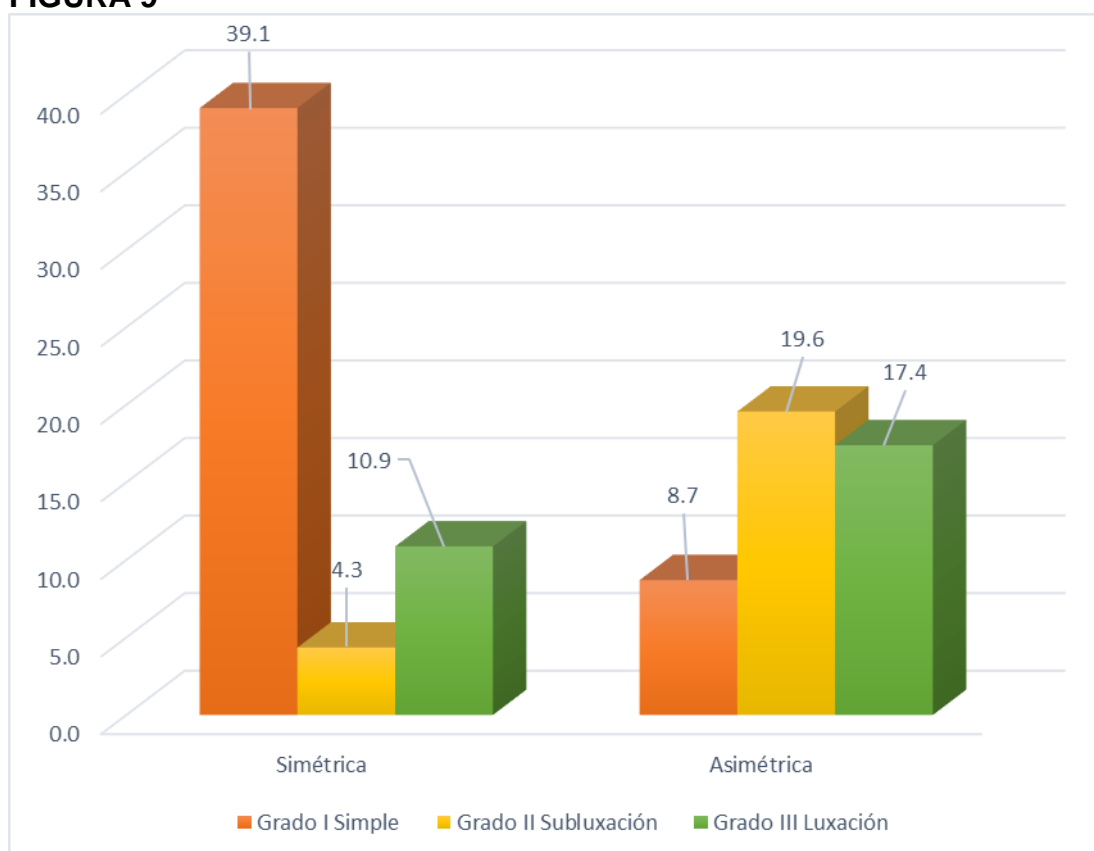
Metáfisis femoral	Displasia de cadera							
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Simétrica	18	39.1	2	4.3	5	10.9	25	54.3
Asimétrica	4	8.7	9	19.6	8	17.4	21	45.7
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 10.66 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} = 5.99 = \text{Gl: } 2 \quad \text{Ns: } 0.000$$

FIGURA 9



FUENTE: Tabla 9

Figura 9. Se aprecia la variable metáfisis femoral que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 54.3% presentaron metáfisis femoral simétrica, mientras que el 45.7% metáfisis femoral asimétrica.

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 39.1% presentaron metáfisis femoral simétrica, y el 8.7% metáfisis femoral asimétrica. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 19.6% presentaron metáfisis femoral asimétrica, y el 4.3% metáfisis femoral simétrica. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 17.4% presentaron metáfisis femoral asimétrica, y el 10.4% metáfisis femoral simétrica.

Se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 10.66 que es superior al χ^2_{tab} . 5.99; inmediatamente se obtuvieron los grados libertad logrando 2; con nivel de significancia de 0.000. Se concluye que existe relación significativa entre la metáfisis femoral con la displasia de cadera en lactantes atendidos.

En la opinión de Eulogia D. Lima 2019. Dio a conocer que el 12.50% la metáfisis femoral fue asimétrica, corroborado mediante la Línea de Perkins

Al realizar la comparación con los trabajos fuente de referencia se observó que el 12.50% presentaron metáfisis asimétrica siendo inferior al encontrado en la investigación con 45.7%. Afirmando que la metáfisis femoral asimétrica se relaciona con la displasia de cadera.

TABLA 10: ÁNGULO ACETABULAR RELACIONADO CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2024

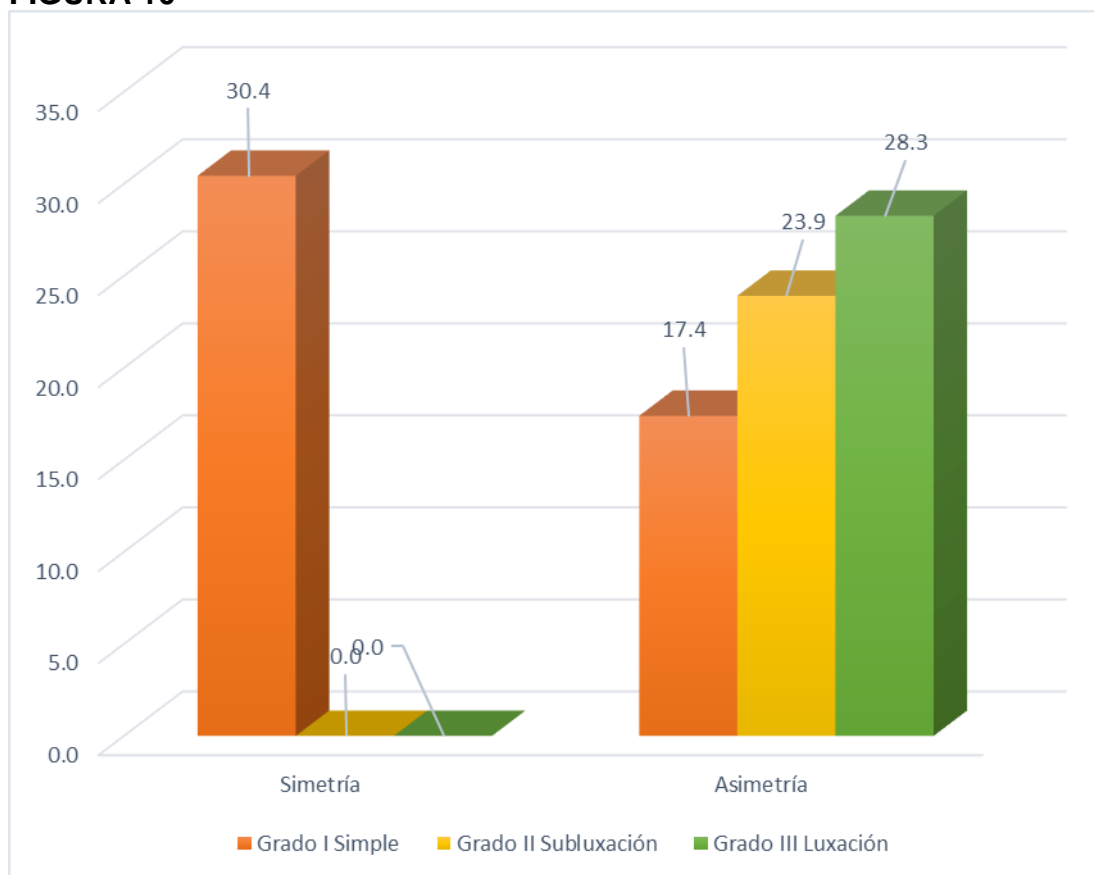
Angulo acetabular	Displasia de cadera						Total	
	Grado I Simple		Grado II Subluxación		Grado III Luxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Simetría	14	30.4	0	0.0	0	0.0	14	30.4
Asimetría	8	17.4	11	23.9	13	28.3	32	69.6
Total:	22	47.8	11	23.9	13	28.3	46	100.0

FUENTE: Cuestionario.

REGLA DE DECISIÓN

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 21.95 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 5.99 = \text{Gl: } 2 \quad \text{Ns: } 0.000$$

FIGURA 10



FUENTE: Tabla 10

Figura 10. Se aprecia la variable ángulo acetabular que se relaciona con la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 69.6% el ángulo acetabular fue asimétrico, mientras que el 30.4% el ángulo acetabular fue simétrico

En la columna de displasia de cadera grado I Simple: el 30.4% el ángulo acetabular fue simétrico, mientras que el 17.4% el ángulo acetabular fue asimétrico. En la columna de displasia de cadera grado II Subluxación: el 23.9% el ángulo acetabular fue asimétrico. En la columna de displasia de cadera grado III Luxación: el 28.3% el ángulo acetabular fue asimétrico.

Se realizó el análisis, mediante χ^2 . Se comparó el χ^2_{cal} . 21.95 que es superior al χ^2_{tab} . 5.99; inmediatamente se obtuvieron los grados libertad logrando 2; con nivel de significancia de 0.000. Se concluye que existe relación significativa entre el ángulo acetabular con la displasia de cadera en lactantes atendidos.

Empleando las palabras de Jara J. Puno 2018. Dio a conocer que el 31.55% de los niños sometidos al estudio presentaron acetábulo asimétrico, siendo el más prevalente el izquierdo. (4)

En el estudio se observó que la asimetría del Ángulo acetabular fue de 69.6%, siendo superior al mostrado por Jara. En el año 2018.

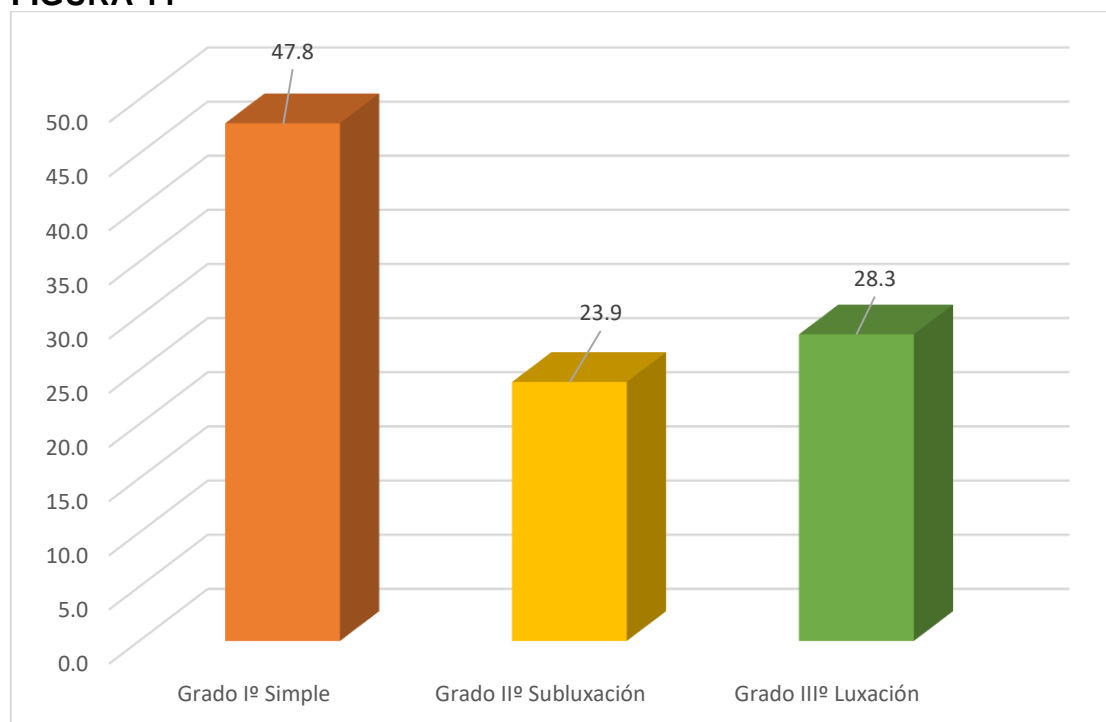
Afirmando que la asimetría de los acetábulos se relaciona significativamente con la displasia de cadera

TABLA 11: DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024

Displasia de cadera		
	fi	%
Grado Iº Simple	22	47.8
Grado IIº Subluxación	11	23.9
Grado IIIº Luxación	13	28.3
Total	83	100.0

FUENTE: Cuestionario.

FIGURA 11



FUENTE: Tabla 11



Figura 11. Se aprecia la displasia de cadera. Del 100% de los datos: el 47.8% presentaron grado I^o displasia simple, seguido del 28.3% grado III^o Luxación de cadera, finalizando con el 23.9% grado II^o subluxación

Empleando las palabras de Aguilar A.; Ruiz J.; López A.; Abad J. España 2019 Informó que 10% de los recién nacidos presentan subluxación de cadera. (6)
En la opinión de Pomataylla M. En su investigación realizada en Cusco 2018. Informo que el 79.4% de los niños sometido al estudio presentaban DDC. (21)

En el estudio se encontró que la displasia más frecuente es de grado I^o con 47.8% seguido del grado III^o. Con 28.3%



CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se estableció que los factores maternos y fetales se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024. Aceptándose la hipótesis.

SEGUNDA:

Se estableció que los factores maternos como son: antecedentes familiares 50% (NS=0.016), primiparidad 60.9% (NS=0.047); edad materna menor a 19 años 36.9% (NS=0.033), oligoamnios 26.1% (NS=0.000); se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro

TERCERA:

Se estableció que los factores fetales como son: Tonnis grado Iº 47.8% (NS=0.000); peso normal al nacer 82.6% (NS=0.000); línea de Shenton discontinua 56.6% (NS=0.012); signos de Ortolani positivo 19.1% (NS=0.001); metáfisis femoral asimétrica 45.7% (NS=0.000), ángulo acetabular asimétrico 69.6% (NS=0.000); se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital de Azángaro.



CUARTA.

Se identificó que el tipo de displasia de cadera simple es más frecuente con 47.8%, en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.



RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Al director del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro se recomienda coordinar con la Oficina de Investigación y Docencia (Unidad Capacitación) y organicen ciclos permanentes de actualización al personal de salud, para mejorar sus competencias profesionales que se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en esta institución.

SEGUNDA:

A los profesionales tecnólogos médicos de la especialidad de radiología, se recomienda fortalecer los programas educativos, por medio de difusión radial y televisiva que expongan los factores maternos como antecedentes familiares, primiparidad, edad materna líquido amniótico que se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en la jurisdicción.

TERCERA:

A la jefatura de tecnólogos médicos se le recomienda, motivar al gremio, para trabajar la promoción de la salud para reconocer los factores fetales como tonnis, peso al nacer, ángulo acetabular, que se asocian con la DDC, con la finalidad de evitar esta patología.



CUARTA:

Al director del hospital se recomienda que coordine con las diferentes jefaturas, para que fomenten mayor trabajo multisectorial y busquen mayor compromiso de parte de la comunidad con respecto a la responsabilidad sobre su salud de los recién nacidos. Así poder prevenir la morbilidad en los recién nacidos y lactantes.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Stanfordchildrens. [Online]. [cited 2023 12 12. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=developmentaldysplasiaofthehipddh-90-P05866>.
2. Guerra A, Valdivieso L. Diagnóstico ecográfico en la displasia del desarrollo de la cadera. Quito 2022.. Trabajo de titulación. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2022.
3. Carvajal G, Ramos N, Rojas F, Fernando D. "Del diagnóstico oportuno a la disminución de las secuelas por displasia de cadera en desarrollo en niños". Bogota. 2022 mayo - agosto.; 55(3).
4. Behar D. Metodología de la investigación. 2018.
5. García C. <https://www.traumatologiainfantil.com>. [Online]. [cited 2023 12 12. Available from: <https://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/displasia-de-cadera>.
6. Aguilar A, Ruiz J, López A, Abad J. F Factores predictores de riesgo perinatales y materno-fetales. Revista de la Sociedad Andaluza. 2019; 36(1).
7. Brenes M, Flores A, Meza A. Actualización en displasia del desarrollo de cadera. Revista Médica Sinergia. Septiembre 2020.; 5(9).
8. Minsa. Guia de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de displasia de cadera. 3rd ed. <https://www.inmp.gob.pe/Revistas/Neo2023/9%8DNICA%20PARA%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DISPLASIA%20DE%20CADERA.pdf>: Instituto nacional Materno perinatal.
9. Roberto D. "Displasia del desarrollo de la cadera en lactante" Chile 2021.
10. Castro A. "Apego a los criterios de referencia en niños con DDC." México 2020.
11. Méndez M. "Diagnóstico oportuno de displasia de cadera. Enfermedad que incapacita de por vida"., México. 2022 Sep.-Oct.; 6(5).



12. Villanueva S.; Hermida E.; Benavides D. Hermida J.. "Aplicaciones de los métodos de Graf para el diagnóstico y tratamiento de displasia de cadera". 2022 enero - febrero; 36(1).
13. Chaidez P.; Fuentes S.; Briseño C.. Utilidad de la artrografía en la decisión terapéutica en los niños con displasia congénita de la cadera de 3 meses a 3 años". Acta Ortop Mex 2018 marzo abril; 32(2).
14. Verdezoto G, Córdor L, Chimbo D. "Displasia del desarrollo de la cadera". 2022 mayo junio; 6(3).
15. Villegas O. Villegas, Oscar en su tesis denominada Factor de riesgo implicado en el DDC en pacientes pediátricos Ecuador 2022.
16. Castro I. Frecuencia, complicaciones y tratamiento del recién nacido con displasia de cadera en el Hospital "Francisco De Icaza Bustamante" 2022.
17. Basilio G. "Tratamiento fisioterapéutico en displasia de cadera". Facultad de Tecnología Médica; 2018.
18. Centeno E. "Nivel de conocimientos en la identificación de Displasia de Cadera aplicado por los profesionales de enfermería Cusco", 2021.
19. Biblioteca Univesidad de Guadalajara. Factor de riesgo implicado en el DDC en pacientes pediátricos Ecuador 2022.
20. Intep. [Online]. [cited 2024 07 15. Available from: https://www.intep.edu.co/Es/Usuarios//CIPS/2018_1/Documentos/INVESTIGACION_NO_EXPERIMENTAL.pdf
21. Clinica Universidad de Navarra. [cited 2023 12 12. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/trtolani#:~:text=El%20signo%20de%20Ortolani%20es,debido%20a%20un%20desarrollo%20anormal.>
22. Jara J. "Factor asociado a la displasia de cadera en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero 2018-abril 2019. " Revista Científica de Investigaciones Andinas 6 de enero de 2020.
23. Chalco R. "Factor asociado a Displasia de Cadera en lactantes de 2 a 24 meses en niños y niñas del H.R.M.MN.B." de Puno, del 2016 al 2018. Puno.



24. Jara J. Eficacia de la banda abductora petrosa en el tratamiento de la displasia de cadera en niños en relación con variables perinatales. juliaca 2019-2020". Puno 2020. Revista Científica "Investigación Andina". 2020 julio diciembre; 12(2).
25. Ministerio de Salud. Instituto materno perinatal. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de displasia de cadera. Lima: MINSA, Instituto Nacional Materno perinatal.
26. Florecín N. "En 2018, un bebé con displasia de cadera fue atendido en el Servicio de CRED del Establecimiento de Salud del Cono Sur. "
27. Isunza A, Isunza O. Displasia de cadera. Acta pediátrica de México. 2019 mayo junio; 36(e).
28. Vidal C, Sosa J. Factor predisponente para la presencia de DDC. Ortopedia Pediátrica. 2018 enero - junio; 15(1).
29. Abril J.; Montero M. Displasia del desarrollo de la cadera y trastorno ortopédico del recién nacido. Pediatría integral. 2019; 23(4).
30. García C. Displasia de cadera. Traumatología infantil. 2018.
31. Brenes M, Meza A. Actualización en displasia del desarrollo de la cadera. Revista Médica Sinergia. 2020 setiembre; 5(9)
32. Durán J, Crispin D, Guizada J. Correlación de displasia de cadera con factores de riesgo Hospital Municipal Achacachi. Revista Cuadernos Hospital de Clínicas. 2021 diciembre; 62(2).
33. Moraleda L Albiñana M Salcedo G Gonzales G. Displasia del desarrollo de la cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2021 enero febrero; 57(1).
34. Mazzi E. Educación Médica Continua. Displasia de cadera. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2021; 50 (1).
35. Raimann , Roberto , Aguirre D. Displasia del desarrollo de la cadera: Tamizaje y manejo en el Lactante. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021 mayo - junio; 32(3).





ANEXOS



ANEXO N° 1

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

*MATRIZ DE JHON WILLIAMS GONZALES TICONA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	Antecedentes	Paridad	Edad materna	Líquido	Tonnis	Peso	Shenton	Ortolani	Metafisis	Angulo	Dsiplasia
1	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado I Simple
2	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado I Simple
3	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
4	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
5	Con antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado III Luxación
6	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	Oligoamnios	Grado III	Macrosómico	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
7	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado III	Bajo peso al nacer	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
8	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
9	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	Polihidramnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
10	Con antecedentes	Múltipara	Mayor de 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Asimétrica	Simetría	Grado I Simple
11	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
12	Con antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
13	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado II	Bajo peso al nacer	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
14	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	Polihidramnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
15	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
16	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado I Simple
17	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
18	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
19	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	Polihidramnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
20	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado I Simple
21	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado I Simple
22	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
23	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple

Vista de datos Vista de variables



*MATRIZ DE JHON WILLIAMS GONZALES TICONA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

— □ ×

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda



Visible: 11 de 11 variables

	Antecedentes	Paridad	Edad materna	Liquido	Tonnis	Peso	Shenton	Ortolani	Metafisis	Angulo	Dsiplasia
24	Con antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado III Luxación
25	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	Oligoamnios	Grado III	Macrosómico	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
26	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado III	Bajo peso al nacer	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
27	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
28	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	Polihidramnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
29	Con antecedentes	Múltipara	Mayor de 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Asimétrica	Simetría	Grado I Simple
30	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
31	Con antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
32	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado II	Bajo peso al nacer	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
33	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	Polihidramnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
34	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
35	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado I Simple
36	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
37	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
38	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	Polihidramnios	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación
39	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado I Simple
40	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado I Simple
41	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Discontinua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
42	Con antecedentes	Múltipara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Simetría	Grado I Simple
43	Con antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado II	Peso normal	Continua	Negativo	Simétrica	Asimetría	Grado III Luxación
44	Sin antecedentes	Primípara	Mayor de 35 años	Oligoamnios	Grado III	Macrosómico	Discontinua	Positivo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
45	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	Oligoamnios	Grado III	Bajo peso al nacer	Discontinua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado III Luxación
46	Sin antecedentes	Primípara	19 a 35 años	ILA Normal	Grado I	Peso normal	Continua	Negativo	Asimétrica	Asimetría	Grado II Subluxación

Vista de datos Vista de variables

miércoles, 7 de agosto de 2024

**ANEXO Nº 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES	DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGIA
PG ¿Cuáles son los factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024?	OG. Determinar los factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024	HG. Los factores maternos y fetales se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024	Variable 1 Factores	Factores personales Antecedentes familiares Paridad Edad materna Líquido amniótico Factores obstétricos Tonnis Peso al nacer Línea de Shenton Signo de Ortolani Metáfisis femoral Angulo acetabular	Se realiza una investigación con diseño no experimental. Tipo de investigación: Básico, relacional y transversal El método que se aplicará será hipotético deductivo. Población: Estuvo conformada por 46 lactantes que acuden al servicio de diagnóstico por imágenes radiología a realizarse su placa de rayos x en el Hospital de Azángaro, durante los meses de febrero del 2024 hasta abril del 2024 La muestra similar a la población por ser pequeña y finita.
PE1 ¿Cuáles son los factores maternos relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro? PE2 ¿Cuáles son los factores fetales relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro? PE3 ¿Cuál es el tipo de displasia de cadera más frecuente en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?	OE1 Establecer los factores maternos relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro. OE2 Establecer los factores fetales relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro. OE3 Identificar el tipo de displasia de cadera más frecuente en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.	HE1 Los factores maternos como son: antecedentes familiares, paridad, edad materna, líquido amniótico, se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro. HE2 Los factores fetales como son: Tonnis; peso al nacer; línea de Shenton; signos de Ortolani; metáfisis femoral, ángulo acetabular se relacionan con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro HE3 El tipo de displasia de cadera leve es más frecuente en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro	Variable 2 Displasia de cadera		



ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente autorizo voluntariamente a participar en el proyecto de investigación titulado "Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024"

Que será realizado por: John Williams Gonzales Ticona

De: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez

Objetivos del estudio. Determinar los relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024. Se le solicita su participación para recolección de datos que es de tipo anónimo donde se respetara su privacidad, confidencialidad y manejo de la información de sus datos y no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

Doy mi autorización para q se realice la aplicación del cuestionario.

Se me informan además que esta actividad no pondrá en riesgo mi salud personal, ni me ocasionara ningún tipo de gastos, los resultados solo serán utilizados para estudios de investigación y que servirán para aportar al avance científico de la comunidad.

Juliaca _____ de _____ 2024

Ante cualquier duda comunicarse con el investigador:

NOMBRE COMPLETO = _____

DNI = _____

Muchas gracias.



ANEXO N° 4

INSTRUMENTO CUESTIONARIO

Señora del Hospital de Azángaro, tenga la amabilidad de marcar las respuestas de las siguientes preguntas, que servirán para la realización del trabajo de investigación sobre: **“Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2024”**. Gracias

1. Factores

1.1. Factores Maternos.

1.1.1. ¿Tiene usted antecedentes familiares?

- Con antecedentes
- Sin antecedentes

1.1.2. ¿Cuántos partos tuvo usted?

- Nulípara
- Primípara
- Multípara

1.1.3. ¿Cuántos años tiene usted?

- Menor de 19 años
- 19 años a 35 años
- Mayor de 35 años

1.1.4. ¿Qué cantidad de líquido amniótico presento usted?

- Oligoamnios
- Polihidramnios
- ILA normal

1.2. Factores fetales

1.2.1. ¿Cuál fue el resultado de su TONNIS?

- Grado I
- Grado II
- Grado III
- Grado IV

1.2.2. ¿Cuánto fue el peso de su recién nacido?

- Bajo peso
- Peso normal
- Macrosómico

1.2.3. ¿Cuál fue el resultado de su línea de Shenton?

- Continua
- Discontinua

1.2.4. ¿Cuál fue el resultado de su Ortolani?



- Positivo
- Negativo

1.2.5. ¿Cuál fue el resultado de su metáfisis femoral?

- Simétrico
- Asimétrico

1.2.6. ¿Cuál fue el resultado de su ángulo acetabular?

- Simétrico
- Asimétrico

2. Displasia de cadera

2.1. Clasificación de displasia de cadera

- Grado I Simple
- Grado II Subluxación
- Grado III Luxación

Muchas gracias

ANEXO N° 5

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

- I. DATOS GENERALES
- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Willy Pari Mamani
 - 1.2 Grado académico: Médico Radiólogo
 - 1.3 Cargo e institución donde labora: Médico Radiólogo - Minsa
 - 1.4 Título de la Investigación: Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el hospital Carlos cornejo rosello vizcardo de Azángaro 2024
 - 1.5 Autor del instrumento: Jhon Williams Gonzales Ticona
 - 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Escala de Evaluación				
		Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					95
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					94
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					93
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					94
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					93
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					93
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					94
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					92
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					93
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					94
SUB TOTAL						935
TOTAL						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 19

VALORACIÓN CUALITATIVA: Aplicable

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El instrumento es aplicable a la investigación

Lugar y fecha: Azángaro 08 de Julio del 2024

WILLY PARI MAMANI
MÉDICO RADIOLOGO
SERVICIO DIAGNÓSTICO POR IMAGENES
Firma y Pos firma del experto
DNI: 01340367

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Juan Pablo Olivera La Torre
- 1.2 Grado académico: Médico Radiólogo
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Médico Radiólogo - ESSALUD
- 1.4 Título de la Investigación: Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro 2024
- 1.5 Autor del instrumento: Jhon Williams Gonzales Ticana
- 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					94
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					95
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					93
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					94
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					94
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					95
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					94
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					94
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					94
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					93
SUB TOTAL						
TOTAL						940

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 19

VALORACIÓN CUALITATIVA: Aplicable

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El instrumento es aplicable a la investigación

Lugar y fecha: Lima 17 de Julio del 2024


De Juan P. Olivera La Torre
Médico Radiólogo
C.M.P.: 58050 R.N.E.: 35274

Firma y Pos firma del experto
DNI: 4.3.19.37.50



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

- I. DATOS GENERALES
- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Elmer Wilfredo Calciná Vanegas
 - 1.2 Grado académico: Médico Radiólogo
 - 1.3 Cargo e institución donde labora: Médico Radiólogo - Hinsa
 - 1.4 Título de la Investigación: Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el hospital Carlos cornejo rosello vizcardo de Azángaro 2024
 - 1.5 Autor del instrumento: Jhon Williams Gonzales Ticona
 - 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					95
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					94
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					92
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					94
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					93
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					93
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					94
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					95
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					94
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					94
SUB TOTAL						938
TOTAL						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 19

VALORACIÓN CUALITATIVA: Aplicable

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El instrumento es aplicable a la investigación

Lugar y fecha: Juliaca 09 de Julio del 2024

E. Wilfredo Calciná Vanegas
MÉDICO RADIÓLOGO
C.M.P. 10007 - R.M.E. 3002

Firma y Pos firma del experto
DNI: 29638551



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

- I. DATOS GENERALES
- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Margot Pari Mamani
 - 1.2 Grado académico: Médico Radiólogo
 - 1.3 Cargo e institución donde labora: Médico Radiólogo - Minsa
 - 1.4 Título de la Investigación: Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el hospital Carlos comejo rosello vizcardo de Azángaro 2024
 - 1.5 Autor del instrumento: Jhon Williams Gonzales Ticona
 - 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS QUALITATIVOS, CUANTITATIVOS	VALORACIÓN				
		Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					94
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					93
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					93
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					94
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					92
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					93
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					94
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					92
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					94
SUB TOTAL						934
TOTAL						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 19

VALORACIÓN CUALITATIVA: Aplicable

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El instrumento es aplicable a la investigación

Lugar y fecha: Juliaca 08 de Julio del 2024


MARGOT PARI MAMANI
MÉDICO RADIOLOGO
EP. EN DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
C.M.P. 083436

Firma y Pos firma del experto
DNI: 45528837



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Elena Milagros Ldi Zelada
1.2 Grado académico: Médico Radiólogo
1.3 Cargo e institución donde labora: Médico Radiólogo - ESSALUD
1.4 Título de la Investigación: Factores relacionados con la displasia de cadera en lactantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vergado de Arequipa 2024
1.5 Autor del instrumento: Jhon Williams Gonzales Ticona
1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS-CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					94
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					93
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					92
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					94
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					94
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Técnicos-Científicos y del tema de estudio.					95
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					93
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					93
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					94
SUB TOTAL						937
TOTAL						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20): 19
VALORACIÓN CUALITATIVA: Aplicable
OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El instrumento es aplicable a la investigación

Lugar y fecha: Lima 18 de Julio del 2024

Dra. Elena Milagros Ldi Z.

Médico Radiólogo

CMP: 66551 RNE: 35530

Firma y Pos firma del experto

DNI: 96154539



ANEXO N° 6

AUTORIZACIÓN DE RECOJO DE INFORMACIÓN.



FICHA DE TRAMITE GENERAL
4/25/2024

N° 3815

REGISTRO

DOCUMENTO : SOLICITUD

INTERESADO(A) : JHON WILLIAMS GONZALES TICONA

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PASE A:	PARA	FECHA	DECRETADO POR:
CAPACITACIÓN	2.	30/05/2024	
DIRECCIÓN HOSPITAL			

9 CLAVE (MOTIVO POR EL PASO)

- 1.- Aprobada.
- 2.- Atendida.
- 3.- Se convocó.
- 4.- Oposita.
- 5.- Informe y Devolver.

- 6.- Por Correspondiente.
- 7.- Para comentar.
- 8.- Acompañar Antecedentes.
- 9.- Según Solicitud.
- 10.- Según lo Coordinado.
- 11.- Coordinar con:

- 12.- Mencionada.
- 13.- Acción Inmediata.
- 14.- Propone Respuesta.
- 15.- Propone Resolución.
- 16.- Ver Observación.
- 17.- Archivar.

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho "

Juliaca, 30 de Abril del 2024

PROVEIDO N° 03 - 2024 - HCCVR - REDES - S - AZ/PUNO

Señor(es):

Ing. BLADIMIRO BENIQUE VALERO
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL H.C.C.R.V. AZANGARO

Dr. WILLY PARI MAMANI
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES DEL HCCRV - AZANGARO
PRESENTE. -

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLERES EN TECNOLOGIA MEDICA PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Sr. JHON WILLIAMS GONZALES TICONA

REGISTRO N° 3815 - 2024

Mediante el presente me dirijo a Ud. Para saludarlo cordialmente, así mismo presente a los bachilleres de la escuela profesional de tecnología medica de la universidad andina Néstor Cáceres Velásquez, Sr. **JHON WILLIAMS GONZALES TICONA**, quien ejecutara el proyecto de investigación titulado **FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO 2024**. Contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que los interesados obtengan información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La unidad de Apoyo a la docencia e investigación de la Red de salud Azángaro otorga el presente **PROVEIDO FAVORABLE** para que las interesadas realicen lo solicitado dentro de la institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del hospital.

Atentamente.


WILLY PARI MAMANI
MEDICO RADIOLOGO
ESP. EN DIAGNOSTICO POR IMAGENES
C.M.P. 44011 - R.N.E. 36377


Dña. VERÓNICA H. SILVA CONTRERAS
COP. 4604
DIRECTORA
HOSPITAL AZÁNGARO

MINISTERIO DE SALUD
PERSONAS QUE ATENDEMOS PERSONAS
RED SALUD AZÁNGARO
HOSPITAL S.C.R.V. -
TRAMITE DOCUMENTARIO
25 ABR 2024
N° Folios: 03 N° Registro: 3815
More: Firma: 

ANEXO N° 7 FOTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 03/12/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: JHON WILLIAMS GONZALES TICONA

Dirección: Jr. Mi Perú Mz. A Lt. 4 salida Arequipa

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 77431412

Teléfono: 941519169 email: jhonticona9th4@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: TECNOLOGÍA MÉDICA

Título o Grado Académico a optar: LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA - ESPECIALIDAD RADIOLOGÍA

Asesor: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES RELACIONADOS CON LA DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDI DE AZÁNGARO 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): factores maternos, fetales, displasia de cadera.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PUBLICA – P10

Firma de Autor



huella digital

03 de diciembre del 2024

Fecha